

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Bc. Nikola Štěpánová

Zkušenosti nemocných s intenzivní péčí

Patients' experience with intensive care

Diplomová práce

Praha, 2021

Autor práce: Bc. Nikola Štěpánová

Studijní program: Intenzivní péče

Magisterský studijní obor: Intenzivní péče

Vedoucí práce: **Mgr. Šárka Pešlová, Dis.**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK
a FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: 11. 6. 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému mezi univerzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

Bc. Nikola Štěpánová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Šárce Pešlové, Dis. za její odborné vedení a poskytování cenných rad při zpracování mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem, co se podíleli na výběru participantů do mé výzkumné části diplomové práce.

Abstrakt

Tato diplomová práce řeší zkušenosti nemocných s intenzivní péčí. Pacienti si pojí s intenzivní péčí negativní i pozitivní zkušenosti. Připomínání si zkušeností, obzvláště těch negativních, je pro ně velmi citlivé a mnohdy nepříjemné téma.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů s poskytováním ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče. Druhotným cílem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly ve zkušenostech a prožitcích u pacientů s diagnózou covid-19 a bez ní. Tento kvalitativní fenomenologický výzkum probíhal jednofázově. Jako výzkumnou metodu jsme zde použili interpretativní fenomenologickou analýzu. Data jsme získávali pomocí polostrukturovaného rozhovoru s osmi vybranými pacienty.

Výsledky ukazují, že sestry mají v prostředí intenzivní péče významnou roli. Pacienti, jak s diagnózou covid-19, tak i bez této diagnózy si z prostředí intenzivní péče odnáší pozitivní, ale také i negativní zkušenosti. Negativní zkušenosti jsou většinou spojovány s poskytováním ošetrovatelské péče, s ošetrovatelskými činnostmi, s prostředím, s celkovým přístupem a chováním jednotlivých členů zdravotnického personálu. Pozitivní zkušenosti se většinou pojí s blízkostí sestry v prostředí intenzivní péče, s psychickou podporou ze strany personálu, s úrovní našeho zdravotnického systému a s vysoce odborně vzdělaným personálem.

Pacienti s diagnózou covid-19 prožívají v prostředí intenzivní péče těžké chvíle, které jsou způsobeny uvědoměním si vážnosti této nemoci a jejím nepředvídatelným průběhem. Rozdíly ve zkušenostech a prožívání jsou mezi pacienty s diagnózou covid-19 a bez ní téměř minimální.

Zjištění z této práce přináší doporučení pro zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče a nabízí zamyšlení nad tím, jak zlepšit přístup k pacientům v daném prostředí. Součástí této práce jsou jednak intervence, které by mohly pomoci zdravotnickému personálu přispět ke snížení negativních zkušeností u svých pacientů, a také tu jsou doporučení pro klinickou

praxi, které lze uplatnit jak pro pacienty s diagnózou covid-19, tak i pro pacienty bez této diagnózy v tomto prostředí.

Klíčová slova: zkušenosti, zkušenosti pacientů, pacienti s covid-19, intenzivní péče, jednotka intenzivní péče, ošetrovatelská péče

Abstract

This diploma thesis inquires into the experience of the ill with intensive care. Patients associate intensive care with both negative and positive experiences. They are sensitive to remembering the experience, especially a negative one, and often consider the topic uncomfortable.

The main goal of this thesis was to ascertain the patient experience with nursing care provided in the intensive care environment. The secondary goal was to determine the differences in experiences of patients with the COVID-19 diagnosis and without it. The qualitative phenomenological research was carried out in a single stage. Interpretative phenomenological analysis was used as the research method. Data were collected using semi-structured interview with eight selected patients.

The results indicate that the nurses play an important role in the intensive care environment. Patients, both with COVID-19 diagnosis and without, leave the intensive care environment with positive and also negative experiences. Negative experiences are largely associated with the act of providing nursing care, nursing activities, the environment, general attitude and the behavior of individual members of the medical staff. Positive experiences are mostly associated with nurse's closeness in the intensive care environment, staff's mental support, the quality of our health system and the highly trained personnel.

Patients with the COVID-19 diagnosis experience difficult moments while in the intensive care environment, which are caused by the realization of the disease seriousness and its unpredictable progression. The differences in experiences of patients with COVID-19 or without are minimal.

The findings of this thesis give recommendations for the improvement of provided nursing care in the intensive care environment and offer thoughts on a way to improve the approach to patients in a given environment. The thesis contains interventions, that could help the medical staff in decreasing the negative experiences of their patients, and recommendations for the clinical practice,

which can be applied for patients with or without the COVID-19 diagnosis in this environment.

Keywords: experiences, patients' experience, COVID-19 patients, intensive care, intensive care unit, nursing care

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 11 |
| Popis řešeršní činnosti | 12 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST..... | 13 |
| 1.1 Základní vymezení pojmů | 13 |
| 1.1.1 Charakteristika intenzivní medicíny | 13 |
| 1.1.2 Oddělení intenzivní péče..... | 13 |
| 1.1.3 Potřeby pacientů v intenzivní péči | 15 |
| 1.1.4 Komunikace s pacientem v intenzivní péči..... | 17 |
| 1.2 Statistický přehled o počtu hospitalizovaných na ARO | 18 |
| 1.3 Zkušenosti nemocných s intenzivní péčí..... | 20 |
| 1.3.1 Zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče v intenzivní péči . | 20 |
| 1.3.2 Zkušenosti se spánkem v intenzivní péči | 24 |
| 1.3.3 Zkušenosti s prostředím v intenzivní péči..... | 26 |
| 1.3.4 Psychický stav a vzpomínky na intenzivní péči..... | 29 |
| 1.3.5 Stresory v intenzivní péči..... | 33 |
| 1.3.6 Zkušenosti ventilovaných pacientů s intenzivní péčí..... | 35 |
| 1.3.7 Zkušenosti pacientů s intenzivní péčí v České republice..... | 37 |
| 2 EMPIRICKÁ ČÁST | 38 |
| 2.1 Výzkumné cíle..... | 38 |
| 2.2 Metodologie výzkumu..... | 39 |
| 2.2.1 Definování výzkumného souboru | 39 |
| 2.2.1.1 Charakteristika participantů..... | 40 |
| 2.2.2 Plánování výzkumu..... | 41 |
| 2.2.3 Metoda získávání dat..... | 44 |
| 2.2.4 Příprava dat | 45 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.2.5 | Analýza dat..... | 46 |
| 2.2.6 | Interpretace výsledků výzkumu | 48 |
| 2.2.6.1 | Interpretace výsledků všech zúčastněných participantů | 48 |
| 2.2.6.2 | Interpretace výsledků participantů s diagnózou covid-19 | 63 |
| 2.2.7 | Shrnutí výsledků | 65 |
| 3 | Diskuze | 70 |
| 4 | Doporučení pro klinickou praxi..... | 75 |
| | Závěr..... | 77 |
| | Seznam použité literatury..... | 79 |
| | Seznam zkratk | 86 |
| | Seznam obrázků | 87 |
| | Seznam grafů | 88 |
| | Seznam tabulek | 89 |
| | Seznam příloh | 90 |
| | Přílohy | 91 |

Úvod

Téma diplomové práce „*Zkušenosti nemocných s intenzivní péčí*“ jsem si zvolila proto, že je to téma aktuální, zajímavé, ale především velmi citlivé. Když jsem nastoupila na praxi, poprvé na resuscitační oddělení, tak mě samotnou zajímalo, co asi pacienti prožívají, jaké mají pocity a jaké jsou jejich zkušenosti v tomto prostředí. Cítila jsem potřebu se zajímat o tuto problematiku hlouběji. Dokonce se mi zalíbila myšlenka využít epidemickou situaci k obohacení své práce o pacienty s diagnózou covid-19, protože i oni často potřebují intenzivní péči. Diplomová práce se člení na část teoretickou a empirickou.

Mnoho studií uvádí, že jednotky intenzivní péče jsou velice stresujícím prostředím. Už jen samotný název napovídá, že "*intenzivní péče*" u jedinců navozuje představy o velmi vážně nemocných pacientech, kteří jsou ze všech stran obklopeni spousty přístroji a vybavením. Také o tom, že jsou vystavováni nepříjemným zápachům v prostředí, že ztrácí své soukromí a jsou obklopováni absolutně neznámými lidmi. Tyto představy jsou u jedinců a jejich rodin jednou z příčin zvyšující se hladiny vnímaného stresu (Locihová et al., 2018, s. 758).

Pochopení zkušeností pacientů by mohlo přispět ke zvýšení povědomí sester o stresorech, se kterými se jedinci potýkají v daném prostředí. Je žádoucí najít vhodný způsob péče, který by podporoval pozitivní zkušenosti pacientů, a tím by se nejenže zlepšila kvalita péče, ale i výsledky pacientů na jednotkách intenzivní péče (Alasad, Tabar, Ahmad, 2015, s. 859.e7). Pozitivní zkušenosti mají vliv také na psychickou a fyzickou pohodu po propuštění z tohoto prostředí (Topçu et al., 2017, s. 115).

Jednou ze známek dostatečně odvedené ošetrovatelské péče je jednoznačně spokojenost pacientů. Jejich spokojenost je do značné míry utvářena i vztahem sestry a pacient. Úkolem zdravotnického personálu je snížit negativní zkušenosti nemocných, a naopak snahou je zvýšit jejich úroveň spokojenosti, protože ta je ukazatelem vysoce kvalitní ošetrovatelské péče (Pinar et al., 2015, s. 413).

Popis rešeršní činnosti

Pro vyhledávání validních informací byl aplikován standardní postup rešeršní činnosti s užitím vhodných klíčových slov a booleovských operátorů. Rešeršní činnost se uskutečnila v období od 1. srpna 2020 do 28. února 2021. Vyhledávání článků probíhalo v databázích Ebsco, ProQuest, PubMed a Science Direct, v rozmezí jejich publikace v letech 2010-2020. Vyřazujícími kritérii dohledaných článků byly články, které se nevztahovaly k danému tématu, duplicitní články a kvalifikační práce. Pro tvorbu teoretických východisek bylo zahrnuto do této práce 36 dohledaných článků. K vypracování diplomové práce bylo dále použito 7 monografií, standard Ministerstva zdravotnictví České republiky, doporučení Evropské společnosti pro intenzivní medicínu a také dva články z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS).

Aktuální informace jsem čerpala převážně ze zahraničních periodik. V České republice se vyskytují články obecně pojednávající o intenzivní péči. Studie zaměřené na tuto tematiku se v České republice neprovádějí. Dohledala jsem pouze jednu jedinou českou studii týkající se této oblasti. Také jsem nedohledala žádné studie, které by se zabývaly zkušenostmi nemocných s diagnózou covid-19 v prostředí jednotek intenzivní péče.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části diplomové práce jsou nejprve krátce vymezeny základní pojmy, které úzce souvisejí s danou problematikou. V návaznosti na zkoumanou problematiku jsou tu předloženy aktuální poznatky týkající se zkušeností pacientů s intenzivní péčí. Zejména tu jsou předloženy poznatky o zkušenostech pacientů s poskytováním ošetrovatelské péče, o kvalitě spánku, o prostředí intenzivní péče, o psychickém stavu a o vzpomínkách na intenzivní péči, o stresorech a také o zkušenostech ventilovaných pacientů. Dále tu jsou předloženy aktuální poznatky o zkušenostech pacientů s intenzivní péčí v České republice.

1.1 Základní vymezení pojmů

1.1.1 Charakteristika intenzivní medicíny

V současné době intenzivní medicína představuje velice uznávanou a důležitou specializaci, jež je nepostradatelnou součástí ve většině nemocničních zařízeních. Jedná se o obor zabývající se stavy spojenými se závažnými, akutními, život ohrožujícími nemocemi nebo poruchami, které bývají v některých případech reverzibilní. Zaměřuje se na péči o kriticky nemocné, kteří profitují z umístění na jednotkách, kde se poskytuje podrobnější a kontinuální monitorování jejich stavu i léčba, která nebývá běžně dostupná na odděleních standardního typu. Intenzivní medicína má z hlediska rozsahu péče oborové zaměření nebo může být upřednostňován multidisciplinární přístup (Zadák, Havel, 2017, s.1).

1.1.2 Oddělení intenzivní péče

Intenzivní péče je poskytována na jednotkách intenzivní péče (JIP) nebo na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Jednotky intenzivní péče jsou určeny pro pacienty, u nichž hrozí nebo již probíhá selhání jednoho nebo více orgánů. Na anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou přijímáni buď pacienti, u kterých hrozí bezprostřední selhání základních životních funkcí, nebo jsou přijímáni pacienti, u kterých k selhání došlo a je jim poskytována resuscitační péče (Kapounová, 2018, s. 19). Evropská společnost pro intenzivní medicínu (ESICM) vydala v roce 2011 doporučení, které zahrnuje základní požadavky pro jednotky intenzivní péče, v níž jsou vymezeny organizační a strukturální aspekty. Na základě

doporučení vydaného ESICM bude pro tyto dva typy pacientů pravděpodobně prospěšné přijetí do intenzivní péče, jsou jimi:

1. Pacienti vyžadující léčbu a monitoraci, jelikož jsou jejich životně důležité funkce ohroženy akutním (nebo akutně chronickým) onemocněním (např. infarktem myokardu, sepsí) anebo jsou ohroženy následkem intenzivní léčby (např. perkutánní intervencí) či chirurgické léčby, jež vede k ohrožení života.
2. Pacienti, u nichž selhala některá z životně důležitých funkcí, např. renální, respirační, metabolické, kardiovaskulární nebo mozkové funkce, avšak mají přijatelnou šanci na to, aby se smysluplně uzdravili. Nicméně, pacienti v terminálních stádiích nevyléčitelných onemocnění nejsou v zásadě přijímáni. Někdy je však nutné uvažovat o potřebě paliativní péče, jež vyžaduje opatření související s intenzivní péčí.

Rozsah a množství poskytované intenzivní péče lze rozdělit na tři úrovně:

Úroveň péče III (nejvyšší) – do třetího stupně jsou zahrnuti pacienti, u kterých selhávají dvě nebo více orgánových funkcí a jsou tak závislí na farmakologické, ale i přístrojové podpoře (např. náhrada funkce ledvin, ventilační podpora nebo podpora hemodynamiky).

Úroveň péče II – do druhého stupně se řadí pacienti, u nichž je třeba kontinuální monitorace, přístrojová a farmakologická podpora z důvodu selhání jedné ze základních životních funkcí.

Úroveň péče I (nejnižší) – do prvního stupně spadají pacienti, kteří vykazují známky orgánové dysfunkce, a proto vyžadují kontinuální monitoraci, menší přístrojovou a farmakologickou podporu. Nalezneme zde i pacienty, u kterých lze očekávat rozvoj akutního selhávání buď jednoho nebo více orgánů. V prvním stupni se rovněž nacházejí pacienti, kteří se zotavují ze selhání životně důležitých orgánů a zároveň je jejich zdravotní stav nestabilní či ošetrovatelská

zátěž je natolik složitá, že by ji nebylo možné zvládat na standardních odděleních (Valentin, Ferdinande, 2011, s. 1575-1579).

Podle Zadáka a Havla tyto tři stupně intenzivní péče nepředstavují zároveň tři typy jednotek intenzivní péče, avšak představují doporučený vzorec pro personál a vybavenost. To znamená, že na jedné jednotce jsou zastoupeny odlišné stupně intenzivní péče v poměru, podle toho, jakou péči pacienti vyžadují (Zadák, Havel 2017, s. 1). Charakter intenzivní péče a potřebné lékařské přístroje vyžadují specifická pracoviště, a to jednotky intenzivní péče. Na základě vypracovaného standardu pro jednotky intenzivní péče, které vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky, se rozsah péče dělí na:

Typ A – jsou to jednotky nižší intenzivní péče, kde převažují spíše monitorovací funkce

Typ B – jsou to jednotky vyšší intenzivní péče (tj. resuscitační), kde převažují funkce léčby orgánových selhání (standard Ministerstva zdravotnictví České republiky, s. 2).

Všechny typy intenzivní péče (ARO, JIP) poskytují v určitém rozsahu prevenci, diagnostiku a léčbu multiorgánového selhání v jakoukoliv denní i noční dobu. Poskytování je zajištěno dostatečně vzdělaným a plně kvalifikovaným lékařským, ale také i nelékařským zdravotnickým personálem (Kapounová, 2020, s. 19). Během léčby, na ARO a JIP, nemocní vyžadují vysoce profesionální a multidisciplinární přístup, včetně důkladně poskytované ošetrovatelské péče. Poskytování ošetrovatelské péče, plnění požadavků a saturování potřeb nemocných se ovšem odvíjí od citu, znalostí a zkušeností sester tyto potřeby rozpoznávat (Tomová, Krivková, 2016, s. 58).

1.1.3 Potřeby pacientů v intenzivní péči

Rozsah a náplň poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněna nejen diagnózou nemocných, ale i často rychle se měnícím zdravotním stavem. Stejně jako se vyvíjí zdravotní stav pacientů, se rovněž vyvíjejí i jejich potřeby a spolu s nimi i nároky na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Sestra má zpravidla

s pacienty neodmyslitelně bližší vztah než lékař. Pacienti jsou mnohdy závislí na její péči. A proto je důležité, aby měla sestra co možná největší povědomí o potřebách svých pacientů. Vždy by měla maximálně podporovat soběstačnost a zároveň plně naplňovat potřeby nemocných (Kapounová, 2020, s. 21). Mnohdy bývá zjišťování potřeb nelehký úkol, který vyžaduje oboustrannou trpělivost a od ošetrovatelského personálu vyžaduje také dostatek času a prostoru (Tomová, Křivková, 2020, s. 70). Mezi nejčastější potřeby nemocných v intenzivní péči patří:

Potřeba dýchání

Dýchání je jedním ze základních biologických potřeb jedince a je předpokladem pro lidskou existenci. Vzhledem k tomu, že člověk dýchá automaticky, si proces uspokojování potřeby kyslíku neuvědomuje.

Potřeba výživy

Výživa je další ze základních biologických potřeb, která neuspokojuje jen žaludek, ale i psychosociální potřeby jedinců. Výživa je důležitým předpokladem pro udržování homeostázy v každém organismu.

Potřeba vyprazdňování

Vylučování je také základní biologickou potřebou jedinců a současně i fyziologickou funkcí organismu.

Potřeba soběstačnosti

U nemocných jedinců by měla sestra přebírat pouze takovou část aktivit, kterou nejsou schopni vykonávat bez pomoci druhých osob. Poskytování komplexní péče pacientům vyžadujících jen dopomoc, bývá pro sestru často rychlejší a pohodlnější, nicméně tím u nemocných dochází k narušení psychické pohody. Důležité je mimo jiné motivování pacienta vycházející nejdříve ze strany sestry, později by tato motivace měla vycházet z pacientů samých (Kapounová, 2020, s. 21-23).

Potřeba psychické vyrovnanosti

Mnozí zdravotníci si neuvědomují, že pacienti mohli přijít během krátké doby o práci, volnost pohybu, blízkost rodiny a jsou vystaveni strachu, bolesti, rovněž se nachází v cizím prostředí, v kolektivu pro ně zcela neznámých lidí, kteří se starají o jejich nejintimnější záležitosti a tak dále. Na tyto situace mají pacienti právo zareagovat jakýmkoliv způsobem. Pro psychickou pohodu je nutno zajistit zmírnění či odstranění bolesti, zlepšit soběstačnost, zajistit dostatečný spánek a odpočinek, vytvářet pocit bezpečí, a především s nemocnými komunikovat (Kapounová, 2020, s. 21-23).

Současně by se při poskytování ošetrovatelské péče pacientům nemělo zapomínat pomáhat realizovat a stimulovat potřeby a projevy jejich svébytnosti. Potřeba seberealizace je na vrcholu Maslowovy hierarchie potřeb, jedná se tedy o potřebu vyšší. Podmínkou pro naplnění potřeb vyšších je prvotní uspokojení potřeb nižších. Avšak je nezbytné si uvědomit, že aby mohly být uspokojeny nižší potřeby, musí ty vyšší do nich ze shora vstoupit. Proto záleží na tom, jakým způsobem sestra pomáhá saturovat základní potřeby jako třeba spánek, jídlo, vyprazdňování. A lze toho dosáhnout i tím, že bude nejen přihlížet, ale i respektovat, že má nemocný zároveň potřebu seberealizace a sebeúcty (Heřmanová et al., 2012, s. 81).

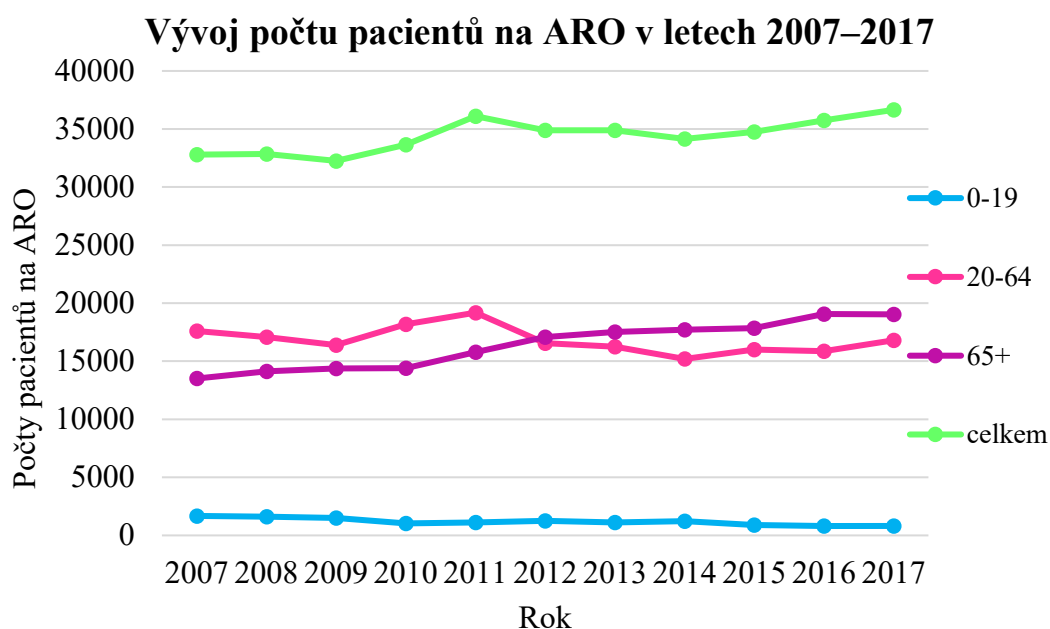
1.1.4 Komunikace s pacientem v intenzivní péči

Intenzivní ošetrovatelská péče v sobě ukrývá spoustu úskalí, mezi nimiž má zásadní význam vhodná a účinná komunikace. Komunikace v intenzivní péči je ve srovnání s uplatňovanou komunikací na standardních odděleních zcela odlišná jak svou technikou, tak i celkovým přístupem. Moderní technika, specifická práce i mnohokrát stresující prostředí jsou faktory, které mohou velmi snadno přispívat k narušení komunikačního řetězce. Stejně tak, jako se klade důraz na poskytování všech aspektů péče, by měl být kladen důraz na komunikaci, protože bez ní nelze poskytovat skutečně kvalitní ošetrovatelskou péči (Tomová, Křivková, 2016, s. 52). Právě nevhodná a nedostatečná komunikace je jednou z často uváděných etických problémů (Heřmanová et al., 2012, s. 144).

1.2 Statistický přehled o počtu hospitalizovaných na ARO

Na grafu 1 je znázorněn vývoj pacientů různých věkových kategorií na ARO v letech 2007-2017. Z grafu vyplývá, že celkový počet pacientů na ARO v posledních letech mírně vzrostl, zejména kvůli nárůstu počtu pacientů ve věkové kategorii 65+. Naopak nárůst počtu pacientů ve věkové kategorii mezi 0-19 lety se nepatrně snížil. Počet pacientů na ARO mezi 20-64 lety dosáhl svého vrcholu v roce 2011, poté se jejich počet snížil a trendová křivka se téměř ustálila (Národní zdravotnický informační systém, 2018, s. 14).

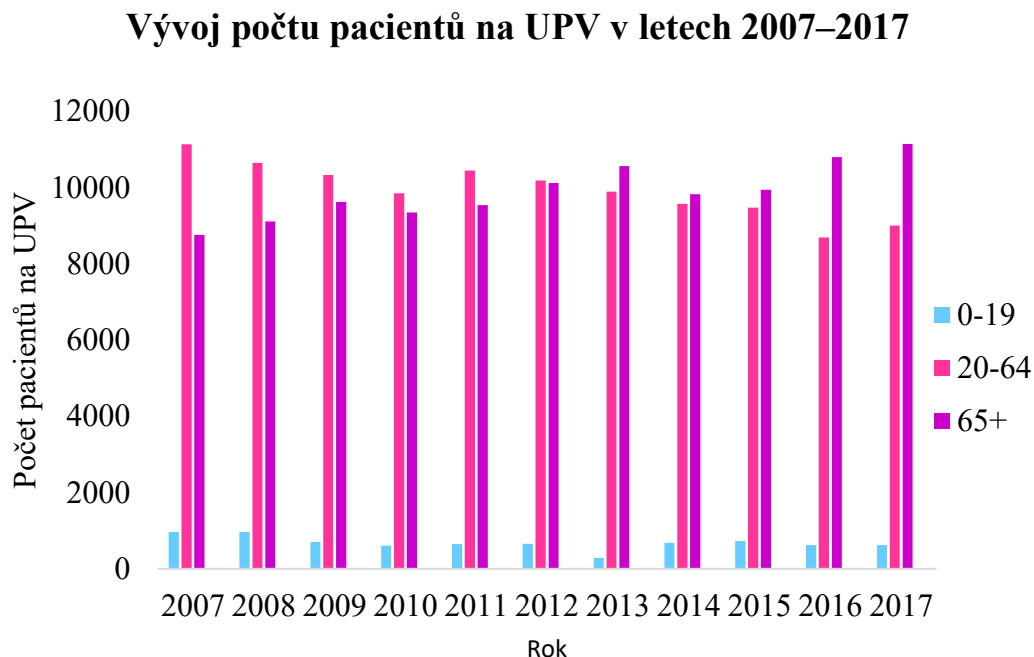
Graf 1 Vývoj počtu pacientů na ARO v letech 2007-2017



Například statistické údaje z roku 2017 vykazují, že na resuscitační lůžka bylo v daném roce přijato celkem 36 651 pacientů (tj. 3 osoby na 1000 obyvatel), kdežto v roce 2007 bylo celkem přijato na resuscitační lůžka 33 640 pacientů (Národní zdravotnický informační systém, 2018, s. 1-14).

Na grafu 2 je znázorněn počet pacientů na umělé plicní ventilaci (UPV) v letech 2007-2017 na resuscitačních odděleních. Z grafu vyplývá, že nejvíce pacientů na umělé plicní ventilaci bylo ve věku 65+, naopak nejméně pacientů na umělé plicní ventilaci bylo ve věkové kategorii mezi 0-19 lety (Národní zdravotnický informační systém, 2018, s. 15).

Graf 2 Vývoj počtu pacientů na UPV v letech 2007-2017



Ze statistických údajů vychází, že v roce 2018 bylo na ARO zaznamenáno 35 699 případů hospitalizací. Počet ošetrovacích dnů činil 228 402 dní a průměrná ošetrovací doba se pohybovala okolo 6 dní. Nejčastěji se vyskytující diagnózou u těchto hospitalizovaných pacientů bylo respirační selhání, srdeční zástava a nitrolební poranění (ÚZIS, 2018, s. 43-59).

Pacientů, kteří vyžadují resuscitační péči i umělou plicní ventilaci, v posledních letech přibývá, jak je z grafů patrné. V důsledku nově vzniklé a probíhající pandemie koronaviru (SARS – COV – 19) jsou lůžka intenzivní péče frekventovaně obsazována pacienty s diagnózou covid-19. Existuje spousta výzkumů, které se zabývají problematikou intenzivní péče všeobecně, ale žádné české studie se neorientují na zkušenosti nemocných v tomto prostředí. Je zjevné, že množství pacientů vyžadujících intenzivní péči bude v budoucnu stále narůstat. Sestry častokrát tráví s pacienty nejvíce času, a proto je důležité, aby se informovaly a zajímaly o zkušenosti svých nemocných. To platí i pro ostatní zdravotnický personál. Cílem této práce je přiblížit si zkušenosti pacientů a nyní nově jedinců s diagnózou covid-19 v onom prostředí.

1.3 Zkušenosti nemocných s intenzivní péčí

Ocitnout se v roli pacienta v intenzivní péči bývá spojeno s pocity, kdy si nemocní mohou připadat, že jsou uvězněni v situacích, v nichž za ně přebírá kontrolu nad jejich životy systém péče. Zkušenosti nemocných nejsou ovlivněny jen poskytnutou lékařskou péčí, ale především interakcemi s personálem, pečovateli a prostředím v jakém se nacházejí (Wåhlin, Samuelsson, Ågren, 2017, s. 83). Je patrné, že většina pacientů, která se ocitla v intenzivní péči, si vybavuje v souvislosti s ní jak příjemné, tak i nepříjemné zkušenosti (Kisorio, Langley, 2019, s. 392). Svojí zpětnou vazbou pacienti přispívají k vytváření změn v poskytování ošetrovatelské péče (Aboumatar et al., 2015, s. 77-79). Připomínání si zkušeností je pro ně obvykle nepříjemnou záležitostí (Alasad, Tabar, Ahmad, 2015, s.857e.7).

1.3.1 Zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče v intenzivní péči

Při poskytování intenzivní ošetrovatelské péče si pacienti přejí mít sestru, která rozumí tomu, co prožívají. V Jižní Africe se uskutečnila kvalitativní deskriptivní studie, v níž byl proveden rozhovor se 16 pacienty, konkrétně s 9 ženami a 7 muži. Pacienti popsali několik negativních okamžiků, kterých byli součástí. Negativně vnímali, když je sestra při příchodu na pokoj nepozdravila, při ošetrování měli tito pacienti odhalené tělo a u toho byly otevřené dveře, také zaslechli, jak si doktoři a sestry povídají o jejich zdravotním stavu za jejich zády. Několik pacientů zmínilo, že jim sestra nesdělila, jaký úkon jde provést. Přestože nebyli schopni komunikovat, očekávali od ní vysvětlení. Také se stalo, že sestry komunikovaly vzájemně mezi sebou a koncentrovaly svůj zájem především na techniku, nikoliv na pacienty. Z čehož vyplývá, že spousta pacientů očekává od sesterského personálu respekt ke své osobnosti, vyžaduje ochranu svého soukromí, informovanost, potřebu psychického povzbuzování a jejich přítomnost (Kisorio, Langley, 2019, s. 394-396).

Autoři Schandl et al. upozornili na to, že u pacientů, kteří jsou v bezvědomí, se od sester očekává, že jim budou popisovat, v jakém prostředí jsou, co se v okolním prostředí nachází, případně je seznamovaly s neznámými zvuky vycházejících z přístrojů. Také, aby je informovaly o tom, co je za den nebo kolik

je hodin. A v neposlední řadě jim vždy sdělily, jaké výkony se u nich budou provádět, právě v důsledku projevení respektu k osobnosti (Schandl, Falk, Frank, 2017, s. 107). Vysvětlování pacientům pomáhá porozumět tomu, co se okolo nich děje. Pacienti tak vnímají, že personál poskytuje co nejlepší péči a díky tomu se cítí bezpečně (Mattiussi et al., 2019, s. 50).

Ze zkušeností pacientů vyplývá, že sestry, které s nimi komunikují, neustále se o ně starají, s laskavostí se k nim chovají, jsou jimi považovány za dobré. Naopak sestry, které vykonávají činnosti bez jakéhokoliv vysvětlování a moc s nimi nekomunikují, nikoliv. Pozitivní chování personálu napomáhá budovat vzájemnou důvěru (Topču et al., 2017, s. 118).

Wåhlin et al. (2017) ve své studii zjišťovali, co pacienti hodnotí jako nejvíce důležité a nejméně důležité při poskytování ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče ve Švédsku. Ve studii bylo zahrnuto celkem 267 pacientů, z toho 104 žen a 163 mužů. Respondenti obdrželi dotazník, kde bylo zahrnuto 28 položek. Nejprve byli vyzváni k tomu, aby ohodnotili každou položku pětibodovou škálou s odpověďmi, jestli je pro ně položka nedůležitá, méně důležitá, důležitá, více důležitá nebo nejvíce důležitá. Poté měli napsat, jak často se s danými položkami v dotazníku setkali v průběhu hospitalizace. V následujícím grafu jsou zmíněny nejvíce důležité oblasti při poskytování ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče z pohledu respondentů.

Graf 3 Seznam významných oblastí při poskytování ošetrovatelské péče



Ze studie vyplynulo i to, že ženy oproti mužům přikládaly větší význam přítomnosti personálu v jejich blízkosti a také tomu, aby personál o nich nemluvil za jejich zády (Wåhlin, Samuelsson, Ågren, 2017, s. 83-86).

Bylo zjištěno, že míra spokojenosti pacientů s intenzivní ošetrovatelskou péčí je ovlivněna v závislosti na několika proměnných. Zejména na úrovni vzdělání, na výši příjmu, na rodinném stavu a na nemocnici, ve které se nachází. Např. pacienti, kteří mají partnera jsou obvykle od nich více podporováni, což vede k menšímu vzbuzování očekávání od sester a pravděpodobně se cítí být více spokojenějšími s ošetrovatelskou péčí (Yeşil et al., 2015, s. 417).

Mezi negativními zkušenostmi je často zmiňovaná nespokojenost s personálem v důsledku jeho nevhodného chování. Z pohledu pacientů jsou někteří členové z personálu vnímáni jako naštvaní, arogantní, nemající dostatek empatického přístupu. Pacientům při komunikaci mnohdy schází oční kontakt a postrádají zájem ze strany personálu, chybí jim dotazování na to, jak se cítí. Všimli si mimo jiné, že některý personál je obvykle zabraný do řešení své práce, nikoliv do péče o ně samotné. Naopak velmi mile vnímají, když je sestra drží za ruku, podporuje je a vytváří komfort (Wåhlin, Samuelsson, Ågren, 2017, s. 87).

Zjistilo se, že jednou z nejproblematictější vnímaných oblastí je narušení fyzické důstojnosti. Ta souvisí s neschopností samostatného pohybu, s nemožností vykonávat aktivity každodenního života s oblékáním se a umýváním se. Jak pacienti, tak rodina vybízí k tomu, aby se pomáhalo nemocným s jednoduchými činnostmi kupříkladu s česáním vlasů a čištěním zubů, jelikož tím projeví gesto respektu k osobnosti (Aboumatar et al., 2015, s. 79-80).

Fenomenologická studie z roku 2015 se zabývala tím, co přispívá k udržování a podporování důstojnosti u pacientů v intenzivní péči v Norsku. Rozhovory byly provedeny celkem se sedmi pacienty, čtyřmi muži a třemi ženami, za 5-12 měsíců po propuštění z intenzivní péče. Zjistilo se, že nedílnou součástí důstojné péče je z pohledu participantů být viděn, být slyšen, mít vlastní přání a potřeby a téže pohoda nemocných. Poskytování individuální a osobní

ošetřovatelské péče je zásadní v posilování pocitu důstojnosti. Když sestřičky věnovaly svůj čas ke zjišťování potřeb a přání pacientů, nemocní pak cítili, že byly zajištěny jejich individuální potřeby a byly vyslyšeny jejich názory na péči. Mnohokrát sestry porozuměly potřebám nemocných, aniž by se na ně musely ptát, což participantů hodnotili pozitivně. Příkladem byly sestry, které pacientům např. umývaly vlasy, promazávaly krémem ruce a nohy. Dalším posilujícím aspektem zachování a podpory důstojnosti je respekt k osobnosti jedince. Důstojnost narušuje bezmoc, neschopnost mluvit a závislost na poskytování péče od jiných osob. Situace, kdy nemocní nebyli vyslyšeni, byly jimi vyličený za obtížné a špatné. Negativní zkušenosti popisovali, když se cítili být nuceni účastnit se aktivit spojených se cvičením a mobilizací proti své vůli i přes to, že pociťovali slabost. S odstupem času si participantů uvědomili, že cvičení bylo prospěšné a sestry na ně vyvíjely tlak z důvodu brzkého uzdravení (Moen, Nāden, 2015, s. 285-292).

Ze zkušeností sester vyplývá, že je náročné umět rozpoznat vhodnou dobu k tomu, aby mohli být pacienti zapojeni do ošetřovatelské péče. Zprvu jsou kritičtí nemocní označeni za pasivní účastníky péče, po zvládnutí život ohrožují fáze se však mohou začít do ní postupně začleňovat. Když jsou nemocní pasivními účastníky péče, sestra o nich získává informace nejen od rodiny, z dokumentace, ale hlavně prostřednictvím tělesných reakcí jako výrazů v obličeji, studeného potu, změn tepové frekvence či změn krevního tlaku (Schandl, Falk, Frank, 2017, s. 106-107).

Sestry v intenzivní péči většinou přebírají veškerou péči za nemocné. Pro pacienty je obtížné se vyrovnat se ztrátou soběstačnosti a být zcela závislý na pomoci ostatních. Uvádějí, že je frustrující a těžké být bezmocný, slabý a neschopný se o sebe postarat. Pacienti nejsou zvyklí na poskytování péče ostatními, a proto je pro ně péče spojena s nepříjemnými zážitky. Mnozí se snaží na péči zvykat tak, že k tomu využívají různé strategie. Např. při poskytování péče někteří hledí do stropu a snaží se myslet na něco jiného. Pacienti považují za bezprostřední, aby k nim sestry přistupovaly rozvážlivě a nedělaly činnosti bez předchozího dotazování. Také, aby sestry při intimní hygieně a celkově

při ošetřování nevysílaly negativní signály a neprojevovaly známky znechucení, protože by pak pacienty vystavovaly stresovým situacím. Narušení jejich intimního prostoru vnímají jako nepříjemný, trapný až hrozivý zážitek. Situace, kdy jsou svlečení a mají odhalené tělo je pro ně obvykle ponižující (Moen, Nāden, 2015, s. 288-290).

Autoři Falk et al. (2019) uvedli, že existuje mnoho bariér, které souvisejí se zapojením pacientů do intenzivní ošetrovatelské péče. Překážky byly shledány v postoji sester k péči, organizaci práce sester na oddělení, péči o více než jednoho pacienta, dále v nedostatečné komunikaci, fyzickém omezení, kognitivních poruchách a ve zdravotním stavu nemocných (Falk, Schandl, Frank, 2019, s. 17-19).

1.3.2 Zkušenosti se spánkem v intenzivní péči

Kvalita spánku na odděleních intenzivní péče bývá ovlivňována jednak environmentálními a jednak neenvironmentálními faktory. U kriticky nemocných dochází mnohdy k narušení spánku a cirkadiánních rytmů. Pro intenzivní péči je typický méně kvalitní spánek, krátký spánek, přerušovaný nebo objevující se přes den (Ding et al., 2017, s. 279). Zhruba 60 % jedinců mívá potíže se spánkem v prostředí intenzivní péče (Topçu et al., 2017, s. 119).

Pacienti popisují několik rušivých elementů, které se podílejí na kvalitě jejich nočního spánku. Podle nich je spánek často rušen sestrami při ošetrovatelských aktivitách, např. při polohování pacientů, při řešení alarmů, při intervencích v podobě odběrů krve, při promlouvání k ostatním pacientům a při komunikaci s personálem. Také je narušen fyzickým diskomfortem a bolestí. Někteří nemocní popisují strach usnout z důvodu, že by se nikdy nemuseli probudit (Mattiussi et al., 2019, s. 46-50). Ding et al. potvrdili, že fyzický diskomfort, obavy a nejistota o zdravotní stav mají nepříznivý vliv na spánek. Stejně tak světlo, hluk a časté návštěvy sester na pokojích během noci. Nicméně noční obchůzky sester dávají najevo nemocným pocit bezpečí a cítění, že o jejich potřeby pečují nejlépe jak mohou (Ding et al., 2017, s. 280-282). Taktéž používání ostrého světla během vyšetřování, léčby a ošetrovatelských aktivit uprostřed nočních hodin je rizikové,

protože může přispět k narušení cirkadiánního rytmu (Engwall et al., 2015, s. 2). Topçu et al. (2017) uvedli, že dalšími důvody přispívajícími k narušení spánku jsou nepřetržitě osvětlené pokoje, což vede k neschopnosti rozeznat noc a den (Topçu et al., 2017, s. 119).

Existuje několik jednoduchých intervencí, které podporují zlepšení kvality spánku. Mezi jednoduché intervence patří minimalizace hluku, zajištění komfortu pacientovi, zatahování žaluzií k omezení světla při spaní, přivírání dveří ke snížení hluku a udržování pacientů v bdělém stavu během dne (Ding et al., 2017, s. 283). Dokonce klidné hlasy sester, tiché zvuky a rytmické zvuky ventilátoru jsou považovány některými pacienty za příjemné zvuky navozující spánek (Mattiussi et al., 2019, s. 47).

Ve studii autorů Topçu et al. je vypsáno několik snadných doporučení, jak předcházet poruchám spánku. Autoři doporučují vhodně naplánovat ošetrovatelské intervence na noční dobu tak, aby se minimálně přerušoval noční spánek. Dále by se měly snižovat zvuky alarmů, telefonů, tóny hlasů, vypínat světla ve stejnou noční hodinu, regulovat teplota v prostředí. Nemělo by se zapomínat i na zajišťování vhodné polohy k usínání. Zvláště zdůraznili důležitost mírnit bolestivé symptomy a stresové situace (Topçu et al., 2017, s. 119).

Autoři randomizované kontrolní studie z roku 2020 přichází s další možností, jak zlepšit kvalitu spánku v prostředí intenzivní péče. Ve své studii zkoumali efekt meditace ve virtuální realitě na kvalitu spánku u 48 pacientů v kardiologické intenzivní péči v Koreji. Experimentální skupina zahrnovala 24 pacientů, kontrolní skupina stejně tak. Pacienti v experimentální skupině uskutečňovali meditaci, po dobu 30 minut před spaním, v den příjmu na jednotce intenzivní péče. Procedura zahrnovala výběr jednoho z osmi meditačních videí trvajícího třicet minut, nahraného v programu virtuální meditace. Po výběru videa v programu si pacienti nasadili na hlavu displej tak, aby měli téměř zakryté oči a uši. Podle typu videa se na obrazovce promítaly přírodní scény, moře, jezera, hory a v pozadí hrála klidná hudba, jež umožňovala proniknout do zážitků. Kontrolní skupině byly nabídnuty běžné rutinní spánkové intervence v souladu s protokolem oddělení, třeba špunty do uší nebo oční maska na spaní. Následující den ráno, třicet

minut po probuzení, se provedlo v obou skupinách subjektivní zhodnocení spánku dotazníkem. Objektivní hodnocení spánku se vyhodnocovalo přístrojem sledujícím spánkovou aktivitu. Meditace virtuální realitou překvapivě zlepšila subjektivní hodnocení spánku, zvýšila dobu hlubokého spánku a snížila četnost probouzení. Autoři doporučují využívat meditaci virtuální realitou jako jednu z ošetrovatelských intervencí pro zlepšení kvality spánku v intenzivní péči (Lee, Kang, 2020, s. 1-6).

V této randomizované kontrolní studii autoři zkoumali vliv hudby na kvalitu spánku během denního odpočinku u pacientů v intenzivní péči. Studie se celkem zúčastnilo 37 respondentů, 19 jich bylo zahrnuto do kontrolní skupiny a 18 do intervenční skupiny. Respondentům v kontrolní skupině byla poskytována standardní péče, bez doprovodu hudby během jednoho odpočinku. Naopak respondentům v intervenční skupině bylo umožněno poslouchat hudbu po dobu třiceti minut při jednom odpočinku během dne. Výběr poslechové hudby byl spravován buď personálem nebo nemocnými s využitím předem nahraných záznamů písniček. Poslech hudby byl zajištěn reproduktory umístěnými ve stropu nad lůžky. Každý si však mohl zažádat o úpravu hlasitosti podle libosti. Po skončení odpočinku byli respondenti obou skupin požádáni, aby vyplnili dotazník. Zjistilo se, že vnímání kvality spánku a celkového spánku bylo díky hudbě značně vyšší u intervenční skupiny než u skupiny kontrolní. Také se našly významné odlišnosti v hloubce spánku a četnosti buzení mezi skupinami. Ačkoliv nebyl zjištěn nijak významný rozdíl ve vnímání hluku mezi skupinami, i tak hudba může pomoci snižovat vnímání hluku některým pacientům. Hudba se vybízí jako cennou nefarmakologickou intervencí pro zlepšení kvality spánku v intenzivní péči. Sama o sobě je nenákladná, bezpečná, neinvazivní a nemá žádné vedlejší účinky (Hansen, Langhorn, Dreyer, 2017, s. 2-6).

1.3.3 Zkušenosti s prostředím v intenzivní péči

Prostředí intenzivní péče bývá spojováno s hlukem. Mnoho pacientů je na těchto odděleních hospitalizováno kvůli závažným nemocem nebo vážným zraněním. Nemocní tedy potřebují náročnou léčbu a péči ve dne i v noci, která s sebou přináší hlasité a rušivé zvuky (Johansson et al., 2012, s. 277). Ze zkušeností pacientů se rozlišují zvuky zbytečné a zvuky nezbytné. Nezbytné zvuky alarmů

nebo zvuky spojené s ošetrovatelskou péčí týkající se ostatních pacientů jsou lépe tolerovány a snášeny ve srovnání se zbytečnými zvuky vycházejících z příliš hlasitých rozhovorů personálu nebo z přístrojů, které jsou snášeny s těžkostí (Mylén, Nilsson, Berterö, 2016, s. 46).

Skutečně v prostředí intenzivní péče hlasité povídání sester, nečekaně hlasité zvuky alarmů a hlasitost při ošetrování způsobují narušení spánku a odpočinku, a stejně tak nepříjemné zážitky jako chrápání, kašlání a zvracení spolupacientů. Nejenže tyto všechny zvuky v prostředí znemožňují spánek, ale vytvářejí pocity strachu, bezmoci, nejistoty a vyvolávají negativní vzpomínky na intenzivní péči. Jeden pacient uvedl, že v případě zákroku u jiného pacienta na stejném pokoji, by bylo potřebné zajistit ochranu ostatních pacientů (Johansson et al., 2012, s. 277).

Kvalitativní studie z roku 2015 přináší zajímavé poznatky o tom, jak pacienti okolo sebe pohlíží na technologie v tomto prostředí. Z výsledku je patrné, že každý na technologie pohlíží jinak. Někteří pacienti popisují, že personál směřuje více svůj zájem k technologiím, které je obklopují. Vnímají tak, že je péče poskytována spíše okolo nich, nikoliv s nimi či k nim. Pacienti se cítí osamělí a neviditelní vzhledem k přítomnosti techniky. Ostatní pacienti tolerují technologie, protože mají pocit, že nemají jinou možnost. Další se smíří s technologiemi, v případě zlepšování zdravotního stavu. Jiní vidí technologie jako nezbytné zlo, jež přináší pocity úlevy, jako příklad uvádějí odsávání dýchacích cest. Ovšem blahodárné účinky někdy převyšují nad krátkodobou nepříjemností a nepohodlím některých technik (Stayt, Seers, Tutton, 2015, s. 2051-2057).

Veškeré vybavení a přístroje, které slouží pro péči o kriticky nemocné, vytváří na jednotkách intenzivní péče vysoce technologicky sofistikované prostředí. Připojení pacientů na různé přístroje, vystavování je nepříjemným zvukům, osvětlení a pachům v prostředí, v nich může evokovat psychický a fyzický stres. Také pacienti, kteří se probouzí z analgosedace, vnímají prostředí, ve kterém se nacházejí, jako nepochopitelné a mnozí z nich nedokáží své okolí ani popsat (Meriläinen, Kyngäs, Ala-Kokko, 2013, s. 79-84).

Jedinci při probuzení se na jednotce intenzivní péče bývají vyděšení, zoufalí a dezorientovaní ohledně svého bytí. Jedním slovem pacienti zažívají ohromný a děsivý šok, když se probudí do tak neznámého prostředí, které je obklopeno nespočtelným množstvím neznámých přístrojů a hadiček, zástupem personálu, pro ně zcela cizích lidí a k tomu mají např. znehybněné horní končetiny a nejsou schopni pohybu. Z toho důvodu mají pocit, že to nejsou jejich těla, protože jejich vlastní těla jim umožňovala ve světě běžně existovat. Když se pacienti dozvědí, že se nachází na jednotce intenzivní péče, uvědomí si, jak je jejich klinický stav vážný a okamžitě si ho spojí s vážnými nemocemi a koncem života (Castro, Botelho, 2017, s. 3386-3391).

Proto, cítit se bezpečně při pobytu na odděleních intenzivní péče, je jednou z nejdůležitějších potřeb nemocných. Nedávné studie poukazují na to, že sestry mají největší vliv na vytváření bezpečného prostředí pro pacienty (Wassenaar, Schouten, Schoonhoven, 2014, s. 262). Pocit jistoty a bezpečí je upevňován vědomím, že se o jedince stará odborný, kompetentní personál a poskytuje mu bezpečnou péči. Pocit bezpečí je zajišťován neustálým dohledem a přítomností personálu, ale i přístrojovou monitorací. Ačkoliv je technické vybavení zatěžující a omezující, při vysvětlení a pochopení jeho účelu, se tak jedinci cítí bezpečněji. Klidné až tiché hlasy a zvuky z okolního prostředí navozují též pocity bezpečí (Mylén, Nilsson, Berterö, 2016, s. 44-47). Podle autorů Meriläinen et al. (2013) je bezpečné prostředí vytvářeno přítomností sester, ale i rodinou a těmi, kteří akceptují potřeby nemocných, drží je za ruku a svými činy prokazují, že se starají o jejich zájmy (Meriläinen, Kyngäs, Ala-Kokko, 2013, s.84). Tato tvrzení potvrdili autoři Wassenaar et al. ve studii z roku 2014, kdy uvedli, že důležitým faktorem souvisejícím s vnímáním pocitu bezpečí je bezpochyby ošetrovatelská péče. Většinou je bezpečí vnímáno na základě osobního přístupu sester, komunikace, odborných znalostí, monitorování zdravotního stavu a vzájemné interakci s nimi. K vytváření bezpečného prostředí sestry přispívají svojí empatií a pozorností. Pacienti se cítí být dokonce v bezpečí, když nejsou umístěni na box, protože si snadno mohou požádat o pomoc personálu (Mattiussi et al., 2019, s. 50). Navíc jsou v přítomnosti ostatních pacientů, tak se tedy necítí být příliš osamocenými (Danielis et al., 2020, s. 2119).

1.3.4 Psychický stav a vzpomínky na intenzivní péči

Pacienti v intenzivní péči prožívají různé psychické stavy, které jsou spojeny s pozitivními i negativními zkušenostmi. Často je sužují noční můry, halucinace, strach, osamělost, panika, zoufalství, nejistota, nervozita, deprese, úzkosti a zabývají se myšlenkami na smrt. Navíc se obávají, že ztratí svoji milovanou osobu a rodinu, chybí jim kontakt s partnery a přáteli (Topçu et al., 2017, s. 118). Prevalence příznaků úzkosti během pobytu na odděleních intenzivní péče se pohybuje mezi 12 % až 47 %, prevalence příznaků deprese se odhaduje na 28 % (Shdaifat, Al Qadire, 2020, s. 2).

Deskriptivní průřezová studie se v roce 2020 zabývala prevalencí úzkostí a deprese a jejich souvislostí s kvalitou života u 108 pacientů v intenzivní péči v Jordánsku. Úzkost a deprese se hodnotila prostřednictvím měřicího nástroje HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Hodnotící nástroj obsahuje 14 položek, skládá se ze dvou domén. Jedna doména obsahuje sedm položek vztahujících se k depresi a druhá sedm položek vztahujících se k úzkosti. Každou položku je možné ohodnotit nejvýše třemi body. V obou doménách je možné získat maximálně 0-21 bodů. Bodové skóre 0-7 je považováno za normální hodnotu, 8-10 bodů je hraniční hodnota a 11-21 bodů je abnormální hodnota. Pro hodnocení kvality života byl použit hodnotící nástroj WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). WHOQOL nástroj obsahuje dvě individuálně hodnocené položky o vnímání zdravotního stavu a úrovně života jednotlivce a 24 položek směřovaných do čtyřech kruhů, kde se hodnotí psychický stav, fyzické zdraví, sociální prostředí a sociální vztahy. V této studii trpělo depresí 86 pacientů (79,6 %) a úzkostmi trpělo 91 pacientů (84,3 %). Ukázal se významný rozdíl v průměrném skóre ve výskytu deprese mezi pohlavími, ženy vykazovaly vyšší prevalenci než muži. Je patrné, že výsledky této studie vykazují vysokou prevalenci výskytu deprese a úzkosti u pacientů v prostředí intenzivní péče, avšak nepotvrdila se korelace s kvalitou života. Doporučuje se pravidelné používání validních a reliabilních nástrojů k včasnému rozpoznání psychického rozpoložení pacientů (Shdaifat, Al Qadire, 2020, s. 1-6).

Záměrem francouzské kvalitativní a deskriptivní studie bylo zjistit, jaké psychologické rozpoložení pacienti popisují s odstupem tři měsíců po pobytu na jednotkách intenzivní péče. Participanti, 9 mužů (45 %) a 11 žen (55 %), měli shrnout vzpomínky a zkušenosti na jejich pobyt, poté měli popsat svůj psychologický stav v současné době. Zjistilo se, že se nemocným nemusí vybavovat žádné vzpomínky v souvislosti s JIP, nebo mohou mít falešné vzpomínky způsobené záměnou snů za realitu, mohou být dezorientovaní místem, časem anebo získávají vzpomínky na pobyt zpětně od svých rodinných příslušníků. V příloze č. 1 je znázorněno, jak se participanti cítili s odstupem tří měsíců po propuštění z JIP. Je zjevné, že well-being nemocných je spojen s používáním copingových strategií po propuštění z JIP. Polovina participantů připustila, že zažili ve svém životě kritické období a že téměř umřeli, a proto zdůraznili důležitost využívání různých copingových strategií při zvládání kritických situací. Časté copingové strategie pro zvládání zátěžových situací jsou vypsány v příloze č. 2 (Chahraoui et al., 2015, s. 599-602).

Autoři Noguchi et al. (2020) ve své studii odhalili, že absence vzpomínek ve spojení s intenzivní péčí má souvislost se zvyšujícím se věkem, déletrvající mechanickou ventilací a krátkodobou hospitalizací na jednotkách intenzivní péče (Noguchi et al., 2020, s. 3-4). Dalšími příčinami absence nebo vytváření falešných vzpomínek mohou být sedativa, léky proti bolesti, mechanické faktory (např. fyzické omezení) a diskomfort (např. hluk, bolest, nemožnost komunikovat, nedostatek spánku, světlo) (Chahraoui et al., 2015, s. 602).

At' již chybějící, zkrácené nebo útržkovité vzpomínky mohou komplikovat proces zotavování z kritického onemocnění. Od počátku 90. let 20. století si sestry v intenzivní péči píšou deníky za účelem, aby mohly pomoci pacientům objasnit chybějící mezery v jejich paměti, pomoci jim vyrovnat se s jejich nemocí a pomoci jim snížit posttraumatickou stresovou reakci (Nielsen, Egerod, Angel, 2019, s. 1-2). Deníky se staly nedílnou součástí ošetrovatelství na JIP ve skandinávských zemích v Norsku, Švédsku a Dánsku. Psaní deníků se postupně rozšířilo i do ostatních evropských zemí, např. do Švýcarska, Itálie, Spojeného království a Portugalska (Egerod, Storli, Akerman, 2011, s. 235).

Ve studii Nielsena, Egorda a Angela (2019) se zjistilo, že je vhodné do klinické praxe zařadit deníky psané rodinou, protože pomáhají pacientům porozumět jejich útržkovitým vzpomínkám, zaplňují jejich mezery v paměti, umožňují jim nahlížet na kritické onemocnění a pochopit, proč je jejich zotavování z kritické nemoci pomalejší. V praxi to funguje tak, že sestry nabízí rodině možnost psát deník pro svého kriticky nemocného pacienta v intenzivní péči. Deník mohou po propuštění z oddělení mezi sebou vzájemně sdílet. Sestry se nepodílejí na psaní deníku, pouze pořizují fotografie, které do něho založí. Zdá se, že fotografie jsou méně náročnější na uchopení než pročitání si deníku, ale fotky nemusí vždy navodit vzpomínky. Deník poskytuje přehled o tom, jak se rodina setkává s utrpením, jak se stará o pacienta v době kritické nemoci a jakým způsobem vytváří cestu ke vzájemnému porozumění a podpoře (Nielsen, Egerod a Angel, 2019, s. 1-5). Jakmile se jedinci dozvídají, od členů rodiny nebo od pečovatелů, co se odehrávalo během jejich pobytu, obvykle se cítí ostýchavě a diskomfortně (Noguchi et al., 2020, s. 5).

Smyslem norské kvalitativní hermeneutické a fenomenologické studie z roku 2019 bylo odhalit aspekty, které zpochybňují vnitřní sílu a sílu vůle u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v intenzivní péči. Také bylo smyslem odhalit aspekty, které u těchto pacientů vnitřní sílu a sílu vůle podporují. Studie se celkově zúčastnilo 17 participantů. Rozhovor se s nimi uskutečnil za 6-18 měsíců po propuštění z jednotky. Hlubkové rozhovory trvaly v průměru 45-60 minut a probíhaly buď v domácím prostředí nebo v univerzitní pracovně. Prvním důležitým aspektem pro podporu vnitřní síly a síly vůle pacientů bylo propojení se se životem, tj. hlavně nepochybovat o návratu do běžného života, nemít myšlenky na smrt, věřit v uzdravení a být o tom i přesvědčen, najít útěchu v náboženské víře a cítit se pro někoho cennou osobou, např. být matkou. Druhým aspektem bylo udržovat jakousi jiskru života. K tomu se využívaly různé copingové strategie př. pacient si nahrál zvuky dvou zbylých pump do telefonu a chtěl je použít do své písničky, též pacienti využívali inspirativní zážitky a živé sny. Příkladem byl příchod zesnulých rodičů. Díky živým snům si pacienti uvědomili nezbytnost bojovat a pokračovat ve svém životě. Na druhou stranu zpochybňování vůle a vnitřní síly pacientů se zdá být způsobeno slabostí, vyčerpáním, nedostatkem

odpočinku, nočními můrami, fyzickým a duševním nepohodlím. Noční můry se objevily u 11 participantů, většinou zahrnovaly strašidelné zážitky ve vztahu k současné situaci nebo k dřívějšímu životu. Noční můry jsou původcem stresu a úzkosti (Alexandersen et al., 2019, s. 3991-4000).

Současné studie doporučují a podporují zavádění následných sezení u pacientů propuštěných z oddělení intenzivní péče. Sezení, která probíhají v klidné místnosti na klinice, jim umožňují nejen objasnit určité vzpomínky, vyplnit mezery v paměti, nahlédnout a pochopit situaci, ve které se ocitli a čím si prošli, ale také i to, že mohou debatovat o svých zkušenostech a potížích v souvislosti s intenzivní péčí. Kromě toho má sezení příznivý vliv na zotavovací proces a rehabilitaci jedinců. Než dojde k samotnému sezení, musí se uskutečnit několik kroků. Prvně si rodina a ošetřující personál píše deník, který mapuje celý jejich pobyt na jednotkách intenzivní péče, obvykle ho začínají psát po dvou dnech po přijetí na oddělení. Deník je pacientům předán v den překlady z oddělení intenzivní péče na jiné oddělení, kam je poté sestra z intenzivní péče přijde navštívit. Zhruba po šesti týdnech od ukončení pobytu na jednotce intenzivní péče jsou pacienti kontaktováni a je jim nabídnuta možnost zúčastnit se následného sezení. Pokud s ním pacienti souhlasí, sezení je zrealizováno přibližně za dva měsíce po propuštění z JIP. Během tohoto sezení mají pacienti možnost nahlédnout do pokoje na JIP, aby viděli, kde jim byla péče poskytována. Pokud mají zájem, po skončení následné relace mají možnost promluvit si s konzultantem. Vzpomínky na dobu strávenou na jednotce intenzivní péče se mohou časem obměnit, zatímco psychické stavy pacientů, třeba úzkosti, přetrvávají (Haraldsson et al., 2015, s. 223-225).

Kolektiv autorů v čele se Svenningsenem ve své studii z roku 2016 popsal, jaké vzpomínky na bludy se vyskytovaly u pacientů v souvislosti s pobytem v intenzivní péči. Vzpomínky pacientů byly živé, rozmanité včetně dramatických příběhů o cestách, přežití nebo výzvách. Pacienti se sice účastnili konkrétních scénářů, ale neměli na ně vliv, protože kontrolu a rozhodování nad událostmi a pacientovým konáním za ně přebíral personál nebo rodina. Scénáře se odehrávaly na pestrých místech, od nebe po peklo nebo od země po měsíc. Pacienti se museli

zúčastňovat automobilových závodů, hazardních her a zabíjení, aby přežili. Nejednou se účastnili večírků a tančili až do úsvitu, když personál zajistil světýlka a hudbu. Často popisovali, jak museli běhat, skákat, plazit se, létat, řídit, plachtit, za pomoci vozidel jako vrtulníků, závodních aut, autobusů, postelí, nákladních vozů se schopností plavat a řídit pod vodou (Svenningsen, Egerod, Dreyer, 2016, s. 1-5).

1.3.5 Stresory v intenzivní péči

Stresory, které způsobují stresové situace u pacientů pobývajících na jednotkách intenzivní péče jsou rozděleny na tři oblasti, které jsou rozepsány v následující tabulce 1.

Tabulka 1 Stresory v intenzivní péči

| <i>PSYCHOLOGICKÉ STRESORY</i> | <i>FYZICKÉ STRESORY</i> | <i>ENVIRONMENTÁLNÍ STRESORY</i> |
|--|------------------------------------|--|
| Osamělost | Neosobní zacházení | Neznámé prostředí |
| Strach, bolest | Bolest | Hluk |
| Necítit se bezpečně | Žízeň | Zvuky alarmů |
| Obavy z úmrtí | Nedostatek spánku | Nedostatek soukromí |
| Touha po rodině | Závislost na péči personálu | Přítomnost neznámých lidí |
| Potíže s rodinou | Nehybnost | Nedostatečná orientace |
| Odloučení od rodiny | | |

K dalším stresorům neodmyslitelně patří potřeba mechanické ventilace a mnoho invazivních procedur (Zengin, Ören, Üstündag, 2019, s. 2-4); (Alasad, Tabar, Ahmad, 2015, s. 859.e7).

Také je stresující zavádění všelijakých hadiček, př. je nasogastrická sonda (Shdaifat, Al Qadire, 2020, s. 2). Podobně jako intubace, tak i saturační čidlo, kyslíková maska a endotracheální kanyla jsou příčinami nepohodlí pacienta (Topcu et al., 2017, s. 117).

Stresory, kterým jsou pacienti vystavováni po celou dobu na odděleních intenzivní péče a později na ně vzpomínají, mohou u nich dříve nebo později po propuštění vyvolat psychické problémy. Třeba noční můry, strach, paniku, nesoustředěnost a tak dále. Ostatně mají stresory negativní vliv na zotavovací

proces, kvalitu života po propuštění a stěžují návrat do běžného života (Zengin, Ören, Üstündag, 2019, s. 2).

Cílem deskriptivní průřezové studie v roce 2018 bylo prozkoumat vztah napříč stresory a zkušenostmi u 116 pacientů na jednotkách intenzivní péče v Istanbulu. V příloze č. 3 jsou zaznamenány všechny stresory a je zřejmé, že nejvíce stresující zkušeností nemocných byla žízeň. Taký se ukázalo, že fyzické stresory jsou více stresujícími oproti psychologickým stresorům. A že žízeň, hluk, osamělost a bolest mají zjevný dopad na děsivé zážitky pacientů. Autoři doporučují seznámit zdravotnický personál se stresory, se kterými se potýkají pacienti v intenzivní péči. Sestry by neměly u pacientů opomíjet pocity žízně, měly by jim umožňovat časté návštěvy rodinných příslušníků, měly by přijmout opatření pro prevenci hluku a pravidelně hodnotit bolesti. Celkově by měly přijmout opatření, která zvýší spokojenost s péčí a minimalizují děsivé zkušenosti. Tíž autoři navrhuji, aby sestry trávily více času s pacienty, poskytovaly jim informace před každou aktivitou a také jim poskytovaly informace týkající se jejich stavu. V neposlední řadě autoři doporučují, aby sestry vytvořily plány péče, jenž sníží nepohodlí (Zengin, Ören, Üstündag, 2019, s. 3-7).

V roce 2015 se v Jordánsku provedla deskriptivní studie, která se zaměřila na popis zkušeností pacientů během pobytu na jednotkách intenzivní péče a zjišťovala, jaké faktory přispívají k pozitivním a negativním zkušenostem. Studie se celkově zúčastnilo 60 mužů a 38 žen. Data se od respondentů získávala prostřednictvím strukturovaného rozhovoru a pomocí dotazníku Intensive Care Experience Questionnaire (ICEQ). Na základě vyhodnocení 19ti položkové škály se zjistilo, že respondenti např. souhlasili s tvrzeními, že o ně bylo postaráno, tak jak mělo, dále že obdrželi srozumitelné informace a taky byli rádi za překlad z JIP. Naopak nesouhlasili s tím, že by byli vyrušováni a chtěli by si pamatovat více věcí. Taktéž 12ti položková škála znázorňuje 12 položek. U každé položky je zaznamenáno, jak často se s danou položkou respondenti při pobytu na JIP setkávali – většinu času, zřídka, nikdy. Podrobné výsledky jsou zobrazeny v příloze č. 4. Ženské pohlaví vykazuje podstatně větší množství děsivých zkušeností a menší

spokojenost s poskytovanou péčí ve srovnání s mužským pohlavím (Alasad, Tabar, Ahmad, 2015, s. 859.e7-859.e9).

1.3.6 Zkušenosti ventilovaných pacientů s intenzivní péčí

Jedním z hlavních důvodů přijetí pacientů na jednotky intenzivní péče je potřeba mechanické ventilace. Při mechanické ventilaci je trendem posledních pár let posun směrem k lehké sedaci. Lehká sedace s sebou přináší radikální změny v kontextu intenzivní péče a je novou výzvou pro oblast ošetrovatelské péče (Kjeldsen et al., 2017, s. 1).

Nicméně to, že jsou pacienti při vědomí a napojení na mechanickou ventilaci, v nich vzbuzuje a vyvolává pocity paniky, bolesti, stavy dušnosti, strachu, zoufalství, podrážděnosti, hněvu, bezmoci, zvláštního tělesného stavu, napětí, žízně a nepohodlí. Navíc nejsou schopni mluvit a ovládat se (Holm, Dreyer, 2015, s. 2); (Takashima, Yoshimo, Sakaki, 2018, s.1). Odvykání od ventilátoru může také vyústit v děsivý zážitek. Jeden pacient zmínil, že si při odpojování od ventilátoru dokonce myslel, že umírá (Danielis et al., 2020, s. 2119).

Happ et al. (2015) představuje vzdělávací program Study of Patient – Nurse Effectiveness with Assisted Communication (SPEACS), který slouží pro zlepšení a zefektivnění komunikace mezi sestrami a ventilovanými pacienty. Vzdělávací program SPEACS probíhá čtyři hodiny a obnáší interaktivní přednášky s prezentacemi, demonstrace, ukázky videí, sehrávání různých scének. V závěru programu instruktor poskytne zpětnou vazbu na komunikační strategie využitě při scénkách. Ukázalo se, že program zlepšuje znalosti sester, zvyšuje jejich spokojenost a komfort při komunikaci s ventilovanými jedinci (Happ et al., 2015, s. 409).

Prospektivní observační studie, která se uskutečnila v roce 2019, se zaměřila na popis zkušeností u pacientů v intenzivní péči a na to, jaký vliv má na ně lehká sedace. Je viditelné, že vzpomínky nemocných na mechanickou ventilaci jsou zcela odlišné a individuální, viz příloha č. 5. Někteří pacienti popisují v souvislosti s ní nervozitu až utrpení, někteří naopak vyklidněnost, potěšenost (Roberts et al., 2019, s. 201-207).

Autoři Holm a Dreyer (2015) ve své studii předkládají poznatky o zkušenostech pacientů při vědomí, kteří mají endotracheální kanylu a jsou připojeni k mechanické ventilaci. Ze studie vyplývá, že pacienti endotracheální kanylu vnímají jako cizí předmět v ústech a v krku, která v něm navíc vyvolává pocity hroudy a přejí si, aby jim byla co nejdříve vytažena. V případě nedostatečné fixace, mohou vzniknout při kašlání obavy, aby kanyla nevypadla. Jakékoliv hlášené nepohodlí bylo obvykle zapříčiněno nestabilní endotracheální kanylou nebo neuspokojivým zvládnutím bolesti. Pokud došlo ke změně polohy kanyly, vzbudilo to v nich pocity škracení, zvracení a otupělo se jim patro v dutině ústní. Jednou ze snad nejhorších ohlášených zkušeností bylo používání alternativních komunikačních strategií, protože se kvůli endotracheální intubaci nebyli schopni slovně vyjadřovat. A tak k dorozumívání používali ruce, pohyby rtů nebo psali na podložku. Vyjma fyzického nepohodlí, u nich endotracheální intubace způsobovala neustálé a ohromující pocity žízně. Při vysvětlování a popisování endotracheální kanyly pacientům, se doporučuje kanylu vizuálně zobrazit nebo ukázat v zrcátku, čímž se zajistí větší pohodlí a přispěje ke snížení úzkosti. Pohodlí se dá zajistit i její dostatečnou fixací. Studie naznačuje, že je potřebné se nadále věnovat rozvíjení klinické ošetrovatelské praxe a zaměřit se na optimalizaci ošetrovatelských intervencí směrem k žízni, endotracheální intubaci, bolesti a zaměřit se na komunikaci s pacienty (Holm, Dreyer, 2015, s. 2-6).

Právě další studie autorů Kjeldsena et al. (2017) se zaměřila na zkušenosti se žízní u pacientů při vědomí a na mechanické ventilaci. Žízeň byla pro pacienty jednoznačně nepříjemným a přetrvávajícím zážitkem. Jeden pacient dokonce popsal, že měl žízeň od té doby, co se probudil, do té doby, než zase znovu usnul. V souvislosti s žízní je opětovaně trápili suché rty, jazyk a ústa, dále zápach z úst, krvácení ze sliznic v ústech a povleklý jazyk. Extrémní suchost v ústech přirovnali k pocitu jako by měli ústa plná písku. Existují bezpečná, ale hlavně jednoduchá opatření, díky kterým se dá dočasně zmírnit intenzita žízně. Jsou to navlhčené tamponky, nanuky, malé množství vody, spreje a zvlhčovače rtů. Nezáleží na tom, jaká opatření jsou přijata ke zmírnění žízně, protože ji nejde úplně odstranit, ale pouze zmírnit. Pacienti naznačují, že kdyby jim někdo vysvětlil, s jakými strasti se mohou setkat v důsledku žízně, potom by bylo pro ně snazší situaci zvládat.

Několik studií uvedlo, že žízeň může přinést větší utrpení a diskomfort než třeba bolest. Současná studie doporučuje, aby zdravotníci směřovali větší část své pozornosti na žízeň a na sucho v ústech, v pravidelných intervalech žízeň vyhodnocovali a používali různé komunikační strategie (Kjeldsen et al., 2017, s. 2-5).

1.3.7 Zkušenosti pacientů s intenzivní péčí v České republice

V roce 2018 se v České republice zrealizovala studie, jejímž záměrem bylo porovnat rozdíly ve vnímání stresorů objevujících se na jednotkách intenzivní péče mezi sestrami, pacienty a jejich rodinou. Studie se zúčastnilo 90 osob (30 pacientů, 30 sester a 30 rodinných příslušníků). Údaje o vnímaných stresorech se získaly pomocí strukturovaných rozhovorů a pomocí standardizovaného dotazníku The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ). Tento specifický standardizovaný dotazník sdružuje 50 položek, které jsou vyčleněny do tří oblastí. Těmi oblastmi jsou psychologické stresory, fyzické stresory a stresory prostředí. Každou položku lze obodovat na stupnici od 0 do 4 a je možno získat 0-200 bodů. Evidentně, čím vyšší je hodnota bodů, tím vyšší je hladina stresu. Výsledky naznačují, že celková úroveň vnímání stresorů objevujících se v intenzivní péči je značně vyšší u rodinných příslušníků, to samé zjištění je i u ošetřujících sester. Je patrné, že členové rodiny a ošetřující personál snáší stresory podstatně hůře než samotní pacienti. Rodinní příslušníci uvedli vyšší stresové vnímání v situacích, když se sestry nepředstaví, když sestry příliš spěchají, lékaři a sestry mluví hlasitě, když slyší alarmy vycházející z přístrojů, slyší vyzvánět telefony a mají okolo sebe zvláštní přístroje. Za největší stresory označované ošetřujícími sestrami byla bolest, strach ze smrti a mít hadičky v ústech nebo v nose. Vyšší hodnoty stresového vnímání byly také sestrami shledány v omezení (př. trubky, hadičky), nemít soukromí, mít žízeň, v chápání nezvyklých vůní. Zatímco pacienti uváděli významně vyšší hodnotu u psychických stresorů, sestry vnímaly fyzické stresory jako horší. Negativním vlivům a dopadům stresorů by se dalo předejít implementací nových postupů do ošetrovatelské péče (Locihová et al., 2018, s. 758-764).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

Druhá část diplomové práce je věnovaná empirické části. V této části jsou vymezeny výzkumné cíle, je zde detailně popsána metodologie výzkumného šetření, analýza výsledků a jejich následná interpretace. Taktéž tu je sepsaná diskuze k danému zkoumanému fenoménu a doporučení do klinické praxe.

2.1 Výzkumné cíle

Pro výzkumnou část diplomové práce byly stanoveny následující dva cíle. Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké zkušenosti mají pacienti s poskytováním ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče. Druhotným cílem je zjistit, jaké jsou rozdíly ve zkušenostech a prožitcích u pacientů s diagnózou covid-19 a bez ní.

Výsledkem má být zjištění, jaké zkušenosti mají pacienti s poskytováním ošetrovatelské péče a s prostředím intenzivní péče. Tato zjištění by mohla sloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a mohla by přinést i poznatky o tom, jak prožívají hospitalizaci v prostředí intenzivní péče pacienti s diagnózou covid-19.

Výzkumné šetření probíhalo v jedné fázi. Tato fáze zahrnovala pozorování a rozhovory s pacienty s diagnózou covid-19 a s pacienty bez této diagnózy, kteří byli hospitalizováni na ARO a na covidových jednotkách, v jedné námi vybrané nemocnici. Oddělení, ze kterých pacienti pocházeli, zůstanou utajená z důvodu citlivosti údajů. Vzhledem ke stále nepříznivě se vyvíjející epidemické situaci v České republice se nám zkomplikovalo sbírání dat od participantů. Ne vždy bylo možné uskutečnit osobní setkání s participanty, a tak jsme museli s nimi přistoupit k telefonické komunikaci, abychom obdrželi přímá data. Sběr dat od participantů probíhal v období od 1.11. 2020 do 15. 2. 2021.

Výhodou tohoto výzkumného šetření je jednoznačně sběr primárních informací přímo od pacientů jak s diagnózou covid-19, tak i od pacientů bez této diagnózy. Velkým přínosem tohoto výzkumu hodnotíme získání cenných dat o zkušenostech a prožitcích od pacientů s diagnózou covid-19, protože lidé s touto diagnózou se stávají běžnou součástí intenzivní péče a je potřebné mít přehled o tom, jak se i oni cítí. Je nutno podotknout, že námi zvolené téma nebylo doposud

v České republice zpracováno, proto výsledky z tohoto výzkumu by se daly označit za jedinečné.

Za nevýhodu tohoto šetření lze považovat relativně malý vzorek participantů, který byl vybrán za účelem zpracování výzkumné části v diplomové práci. Menší množství participantů nemuselo zcela obsáhnout všechny zkušenosti, potíže a trápení, se kterými se pacienti potýkají v souvislosti s pobytem na odděleních intenzivní péče. Z tohoto důvodu získané výsledky nelze zobecňovat a aplikovat na všechny pacienty v daném prostředí, neboť každý jedinec má odlišné zkušenosti a vnímání. Nicméně i tak výsledky poskytují jakési vodítko a současně i zamyšlení se nad tím, jak by se mohla případně zkvalitnit ošetrovatelská péče nebo jak by se mohl zlepšit vztah k pacientům v tomto prostředí.

2.2 Metodologie výzkumu

V empirické části jsme nepochybně zvolili kvalitativní fenomenologický výzkum. Jako nejvhodnější metoda se nám jevila interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA). A to z toho důvodu, že jsme chtěli prozkoumat danou problematiku více do hloubky. Cílem bylo zkoumat zážitky, prožitky a zkušenosti. To by nám jinou metodou nebylo zdaleka umožněno. Hlavním záměrem fenomenologického zkoumání je popsat a analyzovat prožité zkušenosti, které mají samotní jedinci nebo určitá skupina jedinců. Snahou výzkumníka je proniknout do vnitřního světa člověka a porozumět jednotlivým událostem či významům, tzv. fenoménům (Hendl, 2016, s. 130-131). Za účelem získávání dat jsme využili rozhovor pomocí návodu a nezúčastněné pozorování participantů v průběhu rozhovoru. To vše jsme doplnili o poznámky (chování pacienta, prostředí, kde se rozhovor odehrával, ...), které nám posloužily jako důležitý zdroj informací při přepisování dat.

2.2.1 Definování výzkumného souboru

K tomu abychom mohli začít shromažďovat data do výzkumné části, potřebovali jsme zajistit dostatečné množství participantů, ideálně čtyři s diagnózou covid-19 a čtyři bez této diagnózy. Toho jsme docílili tím, že jsme si předem stanovili kritéria pro jejich výběr. Kritéria pro zařazení covid-19 +/- pacientů

do studie byla prakticky totožná, viz příloha č. 10. Proto, aby se mohli stát součástí studie, muselo jim být nad osmnáct let, museli mít zajištěné dýchací cesty a být připojeni na UPV, u jedinců s diagnózou covid-19 stačilo i High-Flow Nasal Oxygen (HFNO). Dalším kritériem byla nutná hospitalizace na ARO minimálně tři dny. U pacientů, kteří neměli diagnózu covid-19, na základní diagnóze nezáleželo. Jedním z hlavních požadavků byla i ochota se podělit o své zkušenosti.

2.2.1.1 Charakteristika participantů

Tato podkapitola poskytuje stručnou charakteristiku participantů zařazených do studie. Všichni účastníci byli plnoletí, ochotní se podělit o své zkušenosti a podepsali nám informovaný souhlas o tom, že souhlasí s účastí ve studii. Participantů jsou přiděleni pod jinými iniciálami než těmi vlastními kvůli zachování identity a zajištění jejich anonymity. Konkrétní názvy oddělení zůstanou také v tajnosti, a proto jsou uvedeny pouze všeobecně pod termínem „ARO“.

Participant 1

Pan ... byl hospitalizovaný na resuscitačním oddělení celkem 24 dní, měl zajištěné dýchací cesty a byl napojený na umělou plicní ventilaci. Tento pacient utrpěl polytrauma a důvodem byla nehoda na motocyklu.

Participant 2

Pan ... byl hospitalizovaný na resuscitačním oddělení téměř 50 dní. Taktéž měl zajištěné dýchací cesty a byl na umělé plicní ventilaci. Příčinou hospitalizace byla disekce aorty typu A.

Participant 3

Pan ... byl rovněž hospitalizovaný na resuscitačním oddělení 7 dnů, byl připojený na umělou plicní ventilaci, měl zajištěné dýchací cesty. Podstoupil plánovaný operační zákrok - aortokoronární bypassy.

Participant 4

Pan ... podstoupil operační výkon - aortokoronární bypassy. Měl zajištěné dýchací cesty, byl na umělé plicní ventilaci, a poté i na HFNO. Na ARO byl 4 dny.

Participant 5

Paní ... měla diagnózu covid-19 pozitivní. Pacientka měla zajištěné dýchací cesty a byla na umělé plicní ventilaci, na ARO ležela 6 dní.

Participant 6

Paní ... měla diagnózu covid-19 pozitivní. Pacientka měla „pouze“ High-Flow Nasal Oxygen, v případě zhoršení zdravotního stavu byla seznámena s tím, že na umělou plicní ventilaci může být napojena. Na ARO byla hospitalizována 7 dní.

Participant 7

Pan ... měl diagnózu covid-19 pozitivní. Na ARO pobýval 10 dní, byl připojený na umělou plicní ventilaci a měl zajištěné dýchací cesty.

Participant 8

Pan ... měl také diagnózu covid-19 pozitivní. Pacient měl zajištěné dýchací cesty a byl napojený na umělou plicní ventilaci, na ARO setrval celkem 14 dní.

2.2.2 Plánování výzkumu

Při plánování výzkumného šetření jsme museli brát v potaz citlivost zkoumané oblasti. Abychom mohli toto šetření vůbec uskutečnit, bylo nezbytné písemně požádat náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a etickou komisi příslušné nemocnice, kde se plánovalo šetření provést, o souhlas se zpracováním diplomové práce. Mezitím, než jsme obdrželi jejich písemné vyjádření (viz příloha č. 6 a 7), připravili jsme si kritéria pro výběr participantů, rozhovor s návodem a informované souhlasy o účasti ve studii.

Struktura rozhovoru nám sloužila jako doporučený návod k tomu, jak bychom měli postupovat s vedením rozhovoru a na nic tak nezapomněli. Je v ní krok za krokem popsáno s čím participanty seznámit, co jim opakovaně zdůraznit, jsou v ní poznámky pro výzkumníka i struktura otázek. Celkem jsme vytvořili seznam se sedmi otázkami jak pro pacienty s covid-19 diagnózou, tak i pro ty, co tuto diagnózu neměli. Otázky pro pacienty s diagnózou covid-19 byly doplněny

o další tři týkající se jich samotných. Vždy se jednalo o otevřené otázky, které dávaly prostor pro vyjádření jejich myšlenek. Výběru otázek předcházela náležitá pozornost. Bylo nutné je připravit tak, aby obsáhly námi zkoumanou oblast a odpovídaly co nejbliž stanoveným cílům této práce. Obsahově byly zaměřeny na poskytování ošetrovatelské péče, prostředí intenzivní péče a na pocity nemocných v onom prostředí, u nemocných s diagnózou covid-19 byly otázky zaměřeny na pocity spojené s touto nemocí. Otázky jsme se snažili seřadit podle jejich citlivosti. Na začátek jsme umístili otázky jednodušší a méně citlivější, abychom si získali důvěru participantů a ke konci spíše citlivější a složitější, abychom pronikli do jejich nitra. Většina z nich byla opatřena záchytnými body pod otázkami, které sloužily jako nápověda proto, když participant nevěděli, jak byla otázka smyšlena. Anebo, když nevěděli, jak na ni odpovědět. Struktura připraveného rozhovoru je k nalezení v příloze č. 11.

Potom, co jsme měli nachystané veškeré podklady pro výzkumnou část, následovalo zkontaktování vrchní sestry, staničních sester a sestry z resuscitačního oddělení a covidové jednotky. Tyto sestřičky byly požádány o pomoc s hledáním vhodných pacientů, obdržely kritéria a informované souhlasy. Když jsme začali plánovat toto výzkumné šetření, museli jsme brát v úvahu nepříznivou epidemickou situaci v České republice. Museli jsme zvážit veškeré alternativy sbírání dat a přizpůsobit se současné situaci. V této době by nebylo možné vždy zajistit osobní setkání, a proto jsme přistoupili na telefonickou komunikaci i z důvodu ochrany pacientů. Sběr dat prostřednictvím e-mailové komunikace se nám nejevilo jako vhodná alternativa z mnoha prostých důvodů. Participant by nemuseli správně pochopit otázky, nedošlo by k nastavení vzájemné důvěry mezi námi a dotazovanými a následkem by bylo nezískání úplných dat, například kvůli strachu z neznámosti. Taktéž bychom postrádali zpětnou vazbu s možností okamžitého dotazování v případě nejasností. Nepostradatelnou součástí při zpracování rozhovorů jsou mimoslovní znaky projevů, chování participantů a poznámky o prostředí, v němž se nacházejí, a to vše by nám v důsledku jejího výběru scházelo. Kvalitativní fenomenologický výzkum vyžaduje proces sbírání dat rozhovorem, jinou metodou bychom si způsobili již vyjmenované komplikace. Jednak, bychom

se odklonili od smyslu tohoto šetření, a jednak bychom nedosáhli saturace dané oblasti.

Jakmile sestřičky vytypovaly vhodné, a především ochotné pacienty, ihned je seznámily s účelem naší studie, zeptaly se jich, zda souhlasí s účastí ve studii a poskytly jim informované souhlasy. Na základě jejich souhlasu jsme získali na vytypované participanty telefonický kontakt či e-mailovou adresu, abychom se domluvili na dni, čase a na způsobu, jakým rozhovor provedeme. Potom, co jsme se s vybranými pacienty spojili, se jich sedm rozhodlo, že se studie účastnit nechtějí, důvod nesdělili. Po vzájemné dohodě s pěti participanty probíhaly rozhovory po telefonickém spojení, abychom zabránili případnému přenosu virové infekce. Bohužel však nebylo možné rozhovor doplnit o pozorování. U třech participantů nám bylo umožněno osobní setkání v nemocnici. Samozřejmě, vše probíhalo po odsouhlasení vrchní sestry, staniční sestry a pacienta. Předem jsme si stanovili den a čas naší návštěvy za účelem sběru dat. Setkání se ovšem uskutečnilo za velice přísných epidemických opatření a v žádném případě nemělo vliv na poskytovanou léčebnou a ošetrovatelskou péči nemocných.

Jak při telefonickém rozhovoru, tak i při osobním setkání jsme postupovali přesně krok za krokem. Nejprve jsme představili sami sebe a diplomovou práci, zejména co je její náplní a výstupem, jaká jsou očekávání od participantů a jak bude rozhovor probíhat. Opětovně jsme je důkladně seznámili s informovanými souhlasy a požádali je o podepsání. Podpisy jsme získali buď osobně nebo tím, že jsme je zaslali prostřednictvím e-mailové schránky. V informovaném souhlasu (příloha č. 9), kromě stručného popisu studie, bylo zaznamenáno, že účast ve studii je dobrovolná, účastník z ní může kdykoliv dobrovolně a bez udání důvodu odstoupit. Také, že v průběhu studie budou pořizovány elektronické nahrávky rozhovorů a veškeré získané údaje a informace budou zcela anonymní. Při přepisu odpovědí budou účastníci vedeni pouze pod pseudonymem nebo přiděleným číslem. Dále, že odpovědi na otázky budou sloužit výhradně pro výzkumné účely, zejména pro analýzu dat a budou u nás uloženy po dobu 1 roku. Osobní údaje nebudou zpřístupněny žádným jiným osobám. V závěru každého rozhovoru následovalo poděkování všem zúčastněným v tomto šetření.

2.2.3 Metoda získávání dat

Vzhledem k fenomenologické povaze IPA je podstatné, aby vytváření dat probíhalo způsobem, jenž nabídne bohatý a detailní popis participantovy zkušenosti v první osobě. Cílem sběru dat je proniknout do světa osoby účastnící se výzkumu. Proces získávání dat by měl být odrazem pocitů, myšlenek a příběhů spojených s daným fenoménem. Nejčastěji využívanou technikou sběru dat v IPA je především polostrukturovaný rozhovor. Podle Řiháčka et al. (2013) je polostrukturovaný rozhovor zcela flexibilní metodou, která poskytuje participantům možnost volně vyprávět o existujícím tématu, rozvíjet o něm své myšlenky a reflektovat k němu svůj postoj. Výzkumník může v reálném čase pozorovat, co se z rozhovoru dostává na povrch, co je pro participanta důležité a současně může rozhovor usměrňovat, aby se neodkláněl od tématu. Nepředvídané obraty v rozhovoru jsou považovány za cenné momenty, jelikož poukazují na fenomén, o němž jsme při přípravování rozhovoru neuvažovali (Řiháček et al., 2013, s. 15).

Když nedošlo k osobnímu shledání, byli participanti dotázáni na to, v jakém prostředí se nachází. Bylo důležité se v prostředí cítit pohodlně a příjemně. Proto nám bylo v nemocnici zajištěno maximální soukromí a také ničím a nikým nerušené zázemí. Trvání rozhovorů bylo různorodé, délka jednoho rozhovoru byla v průměru 25-60 minut. V žádném případě jeho trvání nebylo limitováno časem. Záleželo na tom, jak moc se participanti rozpovídali, jak moc měli touhu o dané problematice mluvit, jak moc bylo ještě potřebné danou oblast saturovat a také hlavně záleželo na jejich zdravotním stavu. V průběhu naší konverzace byli participanti opakovaně dotazováni na to, jak se cítí, zdali se necítí příliš unavení, vyčerpaní a zda mají sílu v rozhovoru pokračovat. U dvou pacientů s diagnózou covid-19 bylo povídání ztíženo zhoršeným dýcháním, nicméně jsme se tomu snažili rozhovor přizpůsobit a participantům poskytli dostatek času na to, aby se mohli v klidu vyjádřit. Samozřejmě, kdyby měli pocit, že se na rozhovor necítí, odložili bychom ho po domluvě na jiný den. Participantům jsme neustále zdůrazňovali, že všechny získané informace, které nám poskytnou, budou anonymní a že nemusí mít obavy nebo strach nám cokoliv sdělit, protože osobní údaje nebudou poskytnuty nikomu

dalšímu. Na začátku konverzace jsme si spustili audionahrávku a po celou dobu jsme si pořizovali její záznam. Participantům jsme otázky pokládali postupně nebo jsme otázky pokládali podle toho, jak se situace vyvíjela a participanty jsme nechali volně mluvit. Snažili jsme se jim naslouchat a zbytečně nepřerušovat jejich vyprávění, abychom je nerozrušili nebo jim nepřetrhli myšlenku. V případě, že jedinci nevěděli, jak na otázku odpovědět, snažili jsme je popostrčit záchytnými slovy připravenými pod otázkami a zpravidla to bylo účinné.

Druhou metodou sběru dat bylo nezúčastněné pozorování, při němž jsme si všímali chování participantů, jejich mimoslovních znaků projevů, jako např. smíchu, nervozity, pláče, povzdechů. Pozorování probíhalo skrytě, participant o něm nevěděli a hlavně nestrukturovaně, kdy jsme neměli předem stanovené body pozorování. V nemocnici jsme pozorování doplnili o poznámky z prostředí a i o to, jak se v něm nemocní projevují a jestli to má vliv na kvalitu odpovědí. To vše jsme si zaznamenávali jako poznámky na prázdný list papíru, které následně posloužily jako oblast informací při přepisování dat. Bohužel, popis domácího prostředí nám zde chybí, ale osobní návštěva nebyla přípustná v této epidemické situaci.

Před ukončením rozhovoru jsme se participantů zeptali na to, jestli bychom je mohli případně kontaktovat ještě jednou, když by bylo potřeba si doplnit některé informace či objasnit některé myšlenky. K opětovnému navázání kontaktu došlo se čtyřmi jedinci, délka rozhovoru se zkrátila na pouhých 5-15 minut.

2.2.4 Příprava dat

Abychom mohli začít s analýzou získaných informací, museli jsme si ze všeho nejdříve nachystat data. Proto jsme provedli doslovný přepis nahrávky rozhovorů, který je pro IPA zcela zásadní. Poznámky týkající se prostředí, chování participantů a mimoslovní znaky projevů, jako smích, nervozita, povzdech, a jiné, nám pomohly při kontrole a jako významný zdroj informací při přepisu dat. Důležitý je v IPA spíše obsah, proto neverbální doprovod (váhání, smích atd.) či prozodický doprovod je vhodné do něho zaznamenávat pouze v takovém rozsahu, abychom neztratili jeho význam (Řiháček et al., 2013, s. 15).

Doslovný přepis rozhovoru jsme doplnili o komentovanou transkripci. Zvláštní znaky charakteristické pro tuto transkripci jsme dohledali v knize Kvalitativní výzkum od Hendla (2016). V následující tabulce 2 jsou znázorněny znaky, které jsme do přepisu využili. V prvním a třetím sloupci tabulky jsou znaky vyjmenované a hned ve vedlejších sloupečcích je vysvětlen jejich význam.

Tabulka 2 Komentovaná transkripce

| Znak | Význam | Znak | Význam |
|---------|--------------------------------|--------------|---|
| .. | Krátká pauza v projevu | (z) | Zábrany ve vyjádření, váhání |
| ... | Střední pauza v projevu | (.), (...) | Nesrozumitelně |
| (pauza) | Dlouhá pauza v projevu | (Je to tak?) | Není již zcela rozumět |
| (.) | Pokles hlasu | hmm | Vyplnění pauzy, očekávání odpovědi |
| (') | Zdvižení hlasu | & | Nápadně rychlé pokračování |
| (-) | Kolísání hlasu, nerozhodný tón | <u>Slovo</u> | Nápadné zdůraznění |
| (?) | Tázací intonace | (Slovo) | Charakterizace neslovních znaků projevu (nervozita, smích, ...) |

Při opisu dat byli všichni participanti vedeni pod náhodně přidělenými iniciálami z toho důvodu, aby byla zachována jejich ochrana osobních údajů před zneužitím jinými osobami a nemohlo tak snadno dojít k jejich dohledání. A také byl kladen důraz na to, aby byla zajištěna anonymita jejich odpovědí. Abychom od sebe rozlišili jedince s diagnózou covid-19 a jedince bez této diagnózy, opatřili jsme covid-19 pozitivní participanty malým písmenkem „c“ za jejich smyšlené iniciály.

Po důsledné přípravě dat jsme se mohli přesunout k další fázi, a to na analýzu získaných dat.

2.2.5 Analýza dat

Analýzu dat jsme provedli prostřednictvím IPA. Tento přístup dává více prostoru pro svobodu a kreativitu výzkumného procesu než jakákoliv jiná kvalitativní metoda. Analytickým procesem nejsme schopni dosáhnout popisu

zkušenosti v první osobě, protože analýza textu je současně i interpretací. Což znamená, že zkušenosti ve spojení s IPA jsou vždycky výsledkem vzájemného sdílení participanta a výzkumníka, ale i přesto by měly být nadále obě perspektivy znatelné a odlišné. Avšak prioritní je porozumění žité zkušenosti jedinců. Při analýze dat jsme postupovali podle jednoznačného a strukturovaného postupu:

1. *Opakované čtení*
2. *Prvotní poznámky a komentáře*
3. *Rozvíjení vznikajících témat*
4. *Hledání souvislostí napříč tématy*
5. *Hledání vzorců napříč případy*

V první fázi jsme si opakovaně pročítali jednotlivé přepisy rozhovorů a ještě jednou si poslechli i audionahrávky, protože hlas participantů nám pomohl ještě více vniknout do jejich případu. Při opakovaném pročítání si textu jsme si barevně podtrhávali vše, co se nám jevilo jako podstatné a zapisovali jsme si počáteční komentáře a poznámky po levé straně mimo psaný text.

V následující fázi jsme se snažili zredukovat množství dat a našich poznámek tím, že jsme formulovali tzv. *rodící se témata*. Tato fáze vyžadovala změnu analytického přemýšlení, jelikož se pracovalo větší měrou s vlastními komentáři a poznámkami než s prvotním přepisem textu, centrem zájmu jsme se stali my, výzkumníci. Avšak v ostatních krocích analýzy jsme pracovali s *dvojitou hermeneutikou*, tzn. participant se snažili porozumět vlastní zkušenosti s daným fenoménem, současně naší snahou bylo porozumět tomu, jakým způsobem participant dospívají k tomuto porozumění nebo jak ho provádí. Ve třetí fázi analýzy jsme použili princip *hermeneutického kruhu*. Jedná se o druh interpretace, ve které porozumíme jednotlivým částem pochopením celkové souvislosti a celkové souvislosti porozumíme tehdy, až když pochopíme jednotlivé části celku. V podstatě to, co bylo na začátku jako jeden celek, se důsledkem analýzy rozpadlo na menší části, jež se na jejím konci zase spojí ve zcela nový celek. Cílem bylo přetvořit předchozí zápisky do výstižných témat, která nám pomohla zachytit esenciální kvalitu participantovy zkušenosti. Názvy témat byly na vyšší úrovni abstrakce než prvotní poznámky, ale byly nadále zakotvené v textu a byly

konkrétní, aby mohlo dojít k jejich propojení s původním vyjádřením. Vytvořená témata nebyla stále definitivní, ale vyjadřovala esenci témat, jež jsme našli.

Jakmile jsme si vytvořili témata, pustili jsme se do hledání vzájemné propojenosti mezi nimi. Zjišťovali jsme tedy, jaký mají k sobě vztah. Na barevné papírky jsme si vypsalí jednotlivá témata a rozložili si je po stole. Následně jsme si je roztříbili na kupičky podle toho, jak se nejlépe k sobě hodily. Docílili jsme toho, že nám vznikla hlavní témata s/bez podtémat a skrytá témata, která se ukrývala ve výpovědích jednotlivců a vyplynula z nich napovrch.

V poslední fázi jsme se snažili propojit jednotlivé analýzy a přesunuli se na interpretaci výsledků výzkumného šetření (Řiháček et al., 2013, s. 9-21).

2.2.6 Interpretace výsledků výzkumu

Interpretaci výsledků jsme se snažili propojit s teoretickou částí. Aby byla interpretace výsledků přehlednější, rozdělili jsme ji na dvě části. V první části jsou předloženy výsledky zaměřené na zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče u všech zúčastněných ve výzkumném šetření. Ve druhé části jsou znázorněny pouze výsledky jedinců s diagnózou covid-19 o tom, jak prožívali hospitalizaci s onou diagnózou v tomto prostředí.

Po pečlivém analyzování dat nám vznikla hlavní témata s/bez podtémat a skrytá témata. Každé téma se určitým způsobem prolínalo ve všech uskutečněných rozhovorech. Výpovědi účastníků byly rozmanité. Snažili jsme se tu předložit oblasti, které nám díky analýze dat vznikly a kterým participanti přiřkládali jistý význam. Námi předložené výsledky jsou doplněné o jejich přímé citace.

2.2.6.1 Interpretace výsledků všech zúčastněných participantů

První jednoduchou otázkou jsme zjišťovali, jak moc je pro pacienty důležité znát jména ošetrujícího personálu. Znalost křestního jména pečujícího zjevně přispívá k utváření vztahu mezi ošetrujícím personálem a pacientem na tzv. přátelské úrovni. Tento vztah by mohl mít vliv na to, jakým směrem se bude dále odvíjet např. poskytovaná ošetrovatelská péče.

Pan A. D.: „Podle mě to má určitě vliv na ten kontakt, na ten vztah, že jo ... pacient-ošetřující.“

Pan S. T.: „Když se představí křestním jménem, je to takový hmm bližší k tomu pacientovi, než kdyby někdo řekl já jsem sestra Vokurková ...“

Pan R. G.: „Bylo to pro mě příjemnější, že jsem se cítil jako .. že jsme byli přátelé nebo něco takového, že jsem pro ně nebyl cizí člověk.“

Pan S. J. c: „... ty lidi znám a mám k nim pak důvěru.“

- ***Sestra jako anděl strážný pacientů***

Hlavní téma „Sestra jako anděl strážný pacientů“ plně vystihuje, jak pacienti vnímají přítomnost sestřičky v prostředí intenzivní péče – dvěma slovy jako „anděla strážného“.

Sestra vždy stojí po boku svých pacientů, ať se děje cokoliv. Postaví se za ně, podrží je, je jim oporou i jen třeba tím, že je drží za ruku, dává jim najevo, že jí nejsou zkrátka lhostejní.

Pan S. T.: „(Pauza) ... nebo, když člověk sice nic nevidí, ale cítí, že třeba mě hladí na ruce nebo mě drží za ruku ..“

Pan R. G.: „To bylo takový jako ... že člověk viděl, že ho fakt neotravuje a že je tam vždycky pro něj.“

Paní O. J. c: „Hmm .. vnímala jsem ji jako oporu, jakože ... když se mi bude něco dít, takže se můžu hned jako ozvat a jako, že ona mi hned pomůže .. prostě.“

Paní P. L. c: „I když třeba jsem byla v hrozném stavu, co se týče třeba toho průjmu, tak že prostě všechno probíhalo s pocitem, že oni jsou jako ochotný mi pomoci i kdyby jako nevím, co se stalo .. jako jo.“

Pacienti se cítí v přítomnosti sestry bezpečně, protože ona je hlídá, dohlíží na ně, chrání je. Nemocní se sestrám naplno oddávají, naprosto jim věří a vědí,

že kdyby se objevila nějaká komplikace nebo by nastala život ohrožující situace, že to bude právě ona, kdo ihned zareaguje a pomůže jim.

Paní P. L. c: „Byla jsem ráda, že mě hlídaj, že dávaj pozor, jestli se nedusím.“

Pan R. G.: „Vzpomínám si, že hmm .. jsem cejtil jako fakt ten pocit toho bezpečí, & a že tam neustále někdo je a kdyby se někdy něco dělo, tak třeba oproti tomu standardnímu oddělení, jsem nemusel zazvonit a čekat, než někdo přijde.“

Pan S. J. c: „Byl jsem rád, že tam je, protože ona věděla, o co jde a věděla, co má dělat, kdyby nastal nějaký problém, a tak.“

Pan K. U. c: „Se sestřičkou v místnosti jsem cítil vždy jistotu. Spíš jsem byl nervóznější, pokud byla sestra delší dobu mimo a v místnosti jsem byl sám.“

- **Drsná realita**

Hlavní téma „Drsná realita“ zahrnuje podtémata – Lhostejný přístup zdravotníků k nemocnému a Vadí mi to, ale hájím personál.

Obrázek 1 Znáznornění schématu Drsná realita



Lhostejný přístup zdravotníků k nemocnému

Takto se předávají informace ze strany zdravotnického personálu o možné amputaci prstů na noze.

Pan A. D.: „Mně třeba hrozilo .. že mi zčernala noha a že mi uříznou jako prsty. Tak mi to bylo takový nepříjemný (pauza), když tam nade mnou stálo těch devět doktorů. A teď prostě všichni .. prostě dali ty brejle nahoru vždycky, podívali se na tu nohu a říkali uříknout ... uříznout... a já říkám doktorce: To si děláte srandu, ne (?) a ona: Je lepší nemít prsty a žít, nebo co (?) a já říkám: No .. to máte pravdu, a tak jsem z toho byl takovej špatnej (je nervózní).“

Toto je skutečná realita sdělování takto závažných informací. Byla jsem z toho zděšená a běhal mi mráz po zádech. Co třeba se zamyslet nad tím, že tato informace je pro pacienta psychická nálož a zkusit podpořit jeho psychický stav například rozhovorem s psychologem předtím, než se mu sdělí takováto skutečnost?

Necitlivé sdělování závažných informací o zdravotním stavu má za následek psychický rozklad pacientů. Nebylo by lepší následně zajistit pacientům psychologickou pomoc?

Paní P. L. c: *„Oni mě tam přivezli na to aro, ... hmm, v naprosté krizi .. říkali, že stačilo pět minut a byl konec .. A taky mi řekli, že v takovém stavu, v jakém sem byla se vrátí jen jeden z deseti od nich ... bylo to pro mě velmi psychicky náročné.“*

Pan K. U. c: *„Člověk se dozvěděl, že sem byl dvakrát na těch přístrojích a pak po odpojení přístrojů vlastně, že člověk jim i zkolaboval, jo (.) ... takže mě deset minut oživovali, to jsou první informace, který jsem věděl od nich. No a todleto mě defakto emočně dostalo, protože než jsem se dostal já do nemocnice, tak měsíc tady na ten covid mi umřel táta (smutek).“*

Jsem zděšená z toho, jak někteří zdravotníci sdělují skutečnosti o zdravotním stavu s takovým klidem a chladem svým pacientům a absolutně si neuvědomují, jak to pro ně může být psychicky náročné.

Pacienta V. N. zaskočila necitlivost jedné sestry, která se projevila u toho, když s někým telefonoval. Sestra nevěděla, jak důležitý hovor to je a nakázala mu, aby hovor ukončil. Samotnou mě takové chování sestry zarazilo, copak nemohla chvíli počkat, než si hovor vyřídí? Co když třeba telefonuje se svojí rodinou a je to v současné jediná možnost, jak s ní být v kontaktu, když nejsou povoleny návštěvy v nemocnici?

Pan V. N.: *„No, a pak, co mě tak trochu snad jako štválo nebo jako zarazilo, že přišla sestřička, já sem telefonoval .. ona samozřejmě nevěděla, jak důležitý ten telefon je. Já sem třeba mluvil jenom s přítelkyní, ale prostě tenhle personál bych řek, (..),(...), že bez nějakých okolků mi řekl, že ten mobil mám položit (..), (...),*

že se nejdřív jako musej vyřešit tyhle věci, a pak jako mám teprve volnost na ten telefon.“

Proč sestra nepočkala až pacient hovor skončí nebo ho slušně nepožádala o to, aby ho na moment přerušil? Nebo proč mu glykémii nenabrala při probíhajícím rozhovoru?

Pan V. N.: *„Přišla sestřička, já sem telefonoval s manželkou a ona říká, heleďte přestaňte a dala mně jenom do prstu malinkou jehličku ... na kontrolu teda jako cukru a bylo to za pět vteřin jako hotový, to třeba .. jako sem to nemusel přerušovat a mohla mi to vzít jako při tom telefonu, no jako ...“*

Čistota pacienta a také jeho okolí je výsledným obrázkem sestry, která o daného pacienta pečuje. Ne nadarmo se říká: čistota půl zdraví. Pacientka O. J. c vyličila situaci, v níž sehrála hlavní roli ignorace sestry po incidentu způsobeném po nabírání krve z arteriální kanyly. Co sestře bránilo v tom, že neutřela krev na postranici? Vždyť by ji to nezabralo tolik času. Že by její neochota?

Paní O. J. c: *„... z té arterky mi sestra odebírala krev a jí se to nějak ucpalo tady té sestřičce, tak to měla propláchnout a celý jí to vystříklo ... a vystříklo to jak na mě, tak na doktorku, na postel .. prostě ten zbytek, co měla protlačit jakoby do mě, tak ji to tam vycáklo. Takže ta sestřička otřela jenom tu ruku, doktorku a sebe .. jenom co bylo viditelný hned jako na poprvé ... doktorka ještě říká: Táhle máte ještě postel postříkanou, jako to madlo nebo tu zábranu, tak si to otřete, než to zaschne. A sestřička dělala, jakože doktorka nic neřekla, řekla ji to dvakrát a prostě ona vždycky odešla nebo dělala, že neslyší. ... Pak když jsem ji to řekla i já, protože mi to bylo nepříjemný na to furt koukat .. jako na to pocákáný, tak odešla, aniž by něco řekla. .. Pak jsem si všimla, když tam byla druhý den nebo ještě ten den, ono mi to splývá nějak dohromady. Tak ta, co tam s ní byla, tak vzala prostě ten dezinfekční ubrousek, co tam mají a začala tam uklízet ty stoly a ona řekla neuklízej, to nemá stejně cenu.“*

Celkem se podivuji nad tím, že i přes upozornění pacientky, sestra neprojevila žádnou iniciativu a nevzala do ruky dezinfekční ubrousek,

aby znečištěnou postranicí otřela. Myslím, že zbytečně přispěla svým chováním k negativní zkušenosti této pacientky.

Vadí mi to, ale hájím personál

Pacienti se v průběhu hospitalizace potýkají se spoustou nepříjemností, které si posléze z pobytu odnášejí. Ačkoliv jim některé momenty vadí, nechtějí je svádět na personál, a naopak se ho snaží obhajovat.

Pan V. N.: „Možná, že snad to (,) že řeknu sestřičce v devět hodin večír, jestli by mně dala prášek na, na spaní. .. V devět očekávám, že s nim přiběhne o půl desátý .. a ona mně ho dá v jedenáct večer, že jo ... takže to má trošku nějaký zpoždění. Hmm ale to ... to je zas za to nemůžu nějak odsuzovat, protože ona má ještě jiný úkoly. A tak třeba musí vyhledat o patro vejš lékařku a od ní tydlety prášky jako sehnat .. takže to třeba není jejich vina, protože to chvíli trvá, než to sežene.“

Pan S. T.: „Ale ... možná mně trošku vadí třeba v noci nebo večer, když jsou pootevřeny ty dveře, že mi ta zářivka sem svítí třeba do obličeje ... ale oni tam taky potřebují mít světlo, že jo, tak nevím.“

Pacient V. N. se opět snažil částečně sestru obhájit, i když je zjevné, že už mu to dělá velkou potíže.

Pan V. N.: „Přišla sestřička, já sem telefonoval s manželkou a ona říká, heleďte přestaňte a dala mně jenom do prstu malinkou jehličku ... na kontrolu teda jako cukru a bylo to za pět vteřin jako hotový, to třeba .. jako sem to nemusel přerušovat a mohla mi to vzít jako při tom telefonu, no jako ... tohle to mi trošku vadilo.“

Nedal se úkon, který zabíral jen pár vteřin, provést během probíhajícího telefonátu?

- **Psychická podpora personálu jako jedna z hlavních domén odborného personálu**

Ať už se pacienti nachází v jakkoliv vážném zdravotním stavu, vždy ale potřebují cítit a dostávat podporu a povzbuzení od zdravotního personálu. Je jedno jakým způsobem, nejdůležitější je, aby ji vůbec dostali. Kromě zlepšení

psychického stavu pomáhá nemocným překonávat i fyzické potíže. Pacienti mají díky podpoře touhu se posouvat dál, mají snahu se zlepšovat, nevzdávat se a bojovat.

Pan K. U. c: „*(Pauza) ... a takovej ten lidskej přístup, že jako prostě člověku jako dodaj, že to prostě dá, a to vás posunuje jakoby dál.*“

Paní P. L. c: „*Všichni mě povzbuzovali ... že prostě mi říkali, jak sem statečná, jak sem to dokázala vybojovat, hmm, jako to mně hrozně pomohlo ... no, hrozně jako na tu psychiku.*“

Pan S. T.: „... *třeba že mě hladí na ruce nebo mě drží za ruku .. nebo když dokáže si u mě třeba chvíli sednout tady a popovídat si ..*“

Pan A. D.: „*No, ... hodně mi pomáhal i přístup těch lidí, který vždycky říkal, že to je výborný, jak jsem pokročil, že jsem se fakt zlepšil, prostě že jsem dobrý... Mně se zdálo, že sotva lezu, ale prostě oni mi vysvětlili a třeba mi ukázali i první pokusy chůze, a tak jo. .. Takhle jsem to nevnímal a oni mi vlastně jakoby dodávali tu sílu, že fakt za 4 dni se to změnilo.*“

Následný příklad nás utvrzuje v tom, že psychická podpora pacientů v daném prostředí je ohromně důležitá. Ačkoliv pacienti kolikrát nedávají najevo to, jak se cítí nebo co prožívají v tomto prostředí, z každé strany je na ně vytvářen neustálý a veliký psychický nátlak, i když si to nemusíme ani uvědomovat.

Pan R. G.: „*Prvních pár dní to člověk ani moc nevnímá .. ale čím více je v pohodě, tím spíš začíná vnímat, co se okolo děje (je nervózní). ... Vidí pacienty ve stavech, kdy se neprobouzí .. slyší, kde se, co říká, .. např. slyší o úmrtí některého z pacientů (.). .. Vim, že ... hmm vlastně ... ode mě nalevo byl pán (je nervózní), kterej byl vlastně v bezvědomí (-) a všímal jsem si i jako to .., že třeba se tam byl někdo s ním rozloučit (.).*“

- ***Odevzdaný příjemce péče***

Pacienti jsou vlastně odevzdanými příjemci dané péče. Proč tomu stále v současné době tak je? Vždyť v dnešním zdravotnictví by měl pacient být

rovnocenným partnerem sestry a měl by se podílet na rozhodování o poskytované péči. Měl by si říci, co bych chtěl, co mu vadí, nebo co mu není příjemné. Proč jsou stále tedy pacienti oddaní poskytovateli péče a jen slepě péči přijímají?

Pan R. G.: „*Jako na můj vkus tam byl hodně jako pravidelný režim, což jako dobrý na jednu stranu, ale na druhou stranu, že to bylo jako fakt otravný. Třeba jako to mytí, že bylo třeba dvakrát denně, to bylo jako, nevím no ... jakože by mi to v té mé situaci stačilo třeba jednou denně, protože stejně člověk se nikdy tam neumeje pořádně, když to tak řeknu a furt byla nějaká rutina. ... Takže to tam bylo takový hodně režimový na můj vkus, ale ono to asi jinak nejde, že jo.*“

Stejná ukázka toho, že další pacient slepě přijímá péči, kterou dostává. Proč se pan V. N. neozval, že by to chtěl udělat jinak, když mu to nebylo příjemné? Báł se? Báł se, že by byl odmítnut nebo že by nebylo jeho přání respektováno?

Pan V. N.: „*(Pauza), no jediné co mně tam jako vadilo, že třeba .. přišla sestřička, ošetřila mě, odešla ... za chvíli přišla znova, zase jsem se musel posadit. To posezení nebo to vstání je takový, takový jako dost náročný, jak fyzicky, také je i bolestivé ... takže sem to musel třeba já nevím 3x nebo 4x za den absolvovat, což si myslím, že se to mohlo jako zkrátit .. že to stačilo jen dvakrát, ale asi chápu, že to se mnou myslela dobře, že to dělala ve můj prospěch.*“

Pacienti nemohou být vždycky odpojeni od přístrojů, aby si mohli dojít na toaletu, kvůli svému zdravotnímu stavu. Samozřejmě, že jen samotné požádání si o donesení podložní mísy, natož vyprázdnění se na ní v přímém sousedství jiných pacientů či před zraky zdravotníků nemusí být všem pacientům příjemné a může u nich narušit vlastní důstojnost. Co takhle se snažit o to, aby se nemocní cítili co nejvíce komfortně a měli maximální možné soukromí, když nemají jinou možnost volby?

Pan S. T.: „*Furt mám obavy, aby se mi nechtělo na velkou, jo. Hmm. Protože mně to jako dost vadí .. takhle někoho prosit o takový intimní věci (nervozita), ale co se dá dělat, že jo, ale ono by to asi nijak jinak nešlo udělat, jako nemůžou mě*

odpojovat od všech možných hadiček a chodit se mnou na záchod. Jo, to je vyloučený.“

Pan R. G.: *„No, když člověk si potřeboval prostě dojít na velkou nebo něco, tak že jo, tam je ta mísa a tydlecty věci (.), tak to už doufám, že už v životě nezažiju (směje se), ale v tu chvíli jsem věděl, že jako jinou možnost vlastně nemám.“*

Jiná ukázka toho, že pacient oddaně přijímá péči, ale to v podstatě proto, že opravdu nemá jinou možnost, ze které by si mohl vybrat. Tím, že technika ještě nepokročila do takovéto fáze, že by bylo všechno bezdrátové, snaží se ji tolerovat tak jak je, aby se uzdravil.

Pan S. T.: *„Takže opravdu nutné zlo ty přístroje, kdyby to šlo všechno bezdrátově, tak bych to bral, ale bohužel, tak daleko ještě nejsme (směje se).“*

Pacient V. N. byl unavený a chtěl si na chvíli odpočinout, což nebylo možné, protože byl na boxu neustálý pohyb a hluk. Přesto všechno, ale personálu nic neřekl. Proč to neudělal? Proč personál slušně nepožádal o to, aby co nejvíce minimalizoval hluk na boxu, že si chce na chvíli odpočinout a načerpat síly?

Pan V. N.: *„Možná i ten hluk mi vadil. ... Taky jako, od toho se odvíjí hmm já nevím, že sem nemocnej a měl sem třeba já nevím .. odpoledne sem byl nějak hodně zatížený nebo přetížený a byl sem takovej unavenej. Hmm a tak sem si chtěl už opravdu prostě lehnout a zavřít oči. ... A ted‘ tam prostě někdo furt chodí, musí rozsvítit, musí si nějaký ten stroj obsloužit, taky ho musí nastavit. Ten stroj zase něco dává .. nějaký signály, ale tak to asi je jasný, že tomu hluku nejde nijak zamezit, že jo.“*

- ***Trpím pro své vlastní dobro***

Kvůli strachu o svůj vlastní život, se pacienti snaží vše přetrpět a na nic si nestěžovat, protože za vším vidí vidinu toho, že jim to pomáhá nebo vidí jakési zlepšení svého zdravotního stavu.

Pacienti jsou připojeni na různé přístroje, hadičky a tím je ve skutečnosti nedobrovolně „kurtujeme“ k lůžku, odebíráme jim tím vlastní svobodu a právo

rozhodovat sám o sobě, striktně je tím nutíme držet námi určenou polohu, pro ně často nepřírozenou. Nicméně pacienti vidí, že to je pro jejich dobro, a proto nám to tolerují.

Pacient S. T.: *„Hadičky a kabely jsou, nevím (?) ... jako nutný zlo, ale co můžu dělat. Brání to člověku v pohybu, když se chcete obrátit zprava doleva nebo něco, tak zas nějaká hadička vypadne nebo začne pípat... nebo vás přiškrtní .. tak je člověk ohadičkovanej, že jo, kabýlkama.“*

Paní O. J. c: *„Hmm, no samozřejmě, že když sem se hnula, takže to na mě začlo všechno pípat, že jako ze mě něco spadlo nebo že jako to, že jsem byla jima jako obmotaná, ...vadili mi i prostě ty přícucky na těle a že mě furt monitorujou a takovýdle, ale jsem v nemocnici (pauza).“*

Často se nejedná pouze o přístroje, které pacienti musí přetrpět, aby se jim udělalo lépe. Vlastně je potřeba zmínit také i oblasti související s ošetrovatelskou péčí, které se pro ně stávají krajně nepříjemnými.

Pan A. D.: *„Hmm ... odsávání z tracheostomie, to teda bylo za mě tragický. To bylo fakt hrozný, jenom, když jsem slyšel tu větu nebo jsem viděl, že berou to náčiní, tak to bylo hrozný ... i když jako to bylo nezbytný, protože se člověk dost zahleňoval.“*

Pan R. G.: *„... převaz té tracheostomie byl strašně nepříjemný ... měl jsem trochu dávivej reflex .. že jako člověk nemohl dýchat a zároveň se jako dával.“*

Pan K. U. c: *„Pro mě bylo nepříjemné vlastně na tom áru ten kyslík v nose, i když přinášel úlevu tomu dýchání jako... ale bylo to nepříjemný a hodně, protože vlastně od toho měl člověk ten nos jakoby spálenej, prostě.“*

Paní P. L. c: *„..., ale řekla bych, že to bylo jako strašně nepohodlný a nepříjemný mít ten kyslík v nose, protože mi to rozedřelo celej nos a měla jsem z nosu bifteky. .. Tekla mi krev, dělaly se mi strupy a bylo to krajně nepříjemný a bolestivý, jo.“*

Paní O. J. c: *„... když v tom došla voda, tak mi to bylo nepříjemný, protože to spíš pálilo ten kyslík“*

Taktéž pacient S. T ví, že ho nemohou odpojit od přístrojů, protože je potřeby, a proto se zvládne vyprázdnit i na podložní míse, i když to pro něho není příjemná záležitost.

Pan S. T.: *„Jako nemůžou mě odpojovat od všech možných hadiček a chodit se mnou na záchod, jo, to je vyloučený. .. No, takže člověk to nějak překousne.“*

- ***Technika jako ochránce života, ale zároveň i rušivý element***

Když se v těle pacientů začínají odehrávat jakékoliv změny, jsou to první přístroje, které nás na tyto změny včas upozorňují. Přítomnost přístrojového vybavení pacientům pomáhá se cítit bezpečně v prostředí intenzivní péče, protože je přístroje hlídají a dávají jim ujištění, že jsou opravdu pod dohledem.

Pan S. T.: *„Člověk má jistotu že, když se bude něco dít v tom těle špatného ... tak, že ten přístroj na to okamžitě upozorní. A věděl jsem, že když něco začne houkat nebo když se začne něco dít ... takže okamžitě někdo přijde a že to vyřeší, jo.“*

Pan R. G.: *„Hmm vlastně člověk byl furt pod kontrolou těch přístrojů, který by zapípaly nebo něco takového. Měl jsem jako dobrý pocit z toho, že mě to měří, kdyby se cokoli stalo, tak že, jak jsem nemohl mluvit že jo, tak jakoby ten přístroj zapípá za mě ... jako kdyby tam nebyly, tak jsem asi víc nervózní.“*

Přístroje ujišťují pacienty, že vlastně žijí, že neumřeli. Ticho je super, odpočinou si, ale to pípání je jako ujištění, že nejsou mrtví.

Paní O. J. c.: *„Ale jinak jako ono v tu chvíli, když tam s takovou věcí ležíte, tak ono vám je to asi všechno, mně to bylo všechno jedno. Mně, jo, já byla v takovém stavu, že já sem byla ráda, že tam je ticho, že tam občas něco zapípá... že jako víme, že se tam něco děje.“*

Mimo to, že přístroje upozorňují na jisté změny ve zdravotním stavu pacientů, je jejich značnou nevýhodou hlučnost.

Pan A. D.: *„ .. to pípání těch přístrojů, že jo, to je hrozný“*

Pan R. G.: „... *to tam jako furt pípá, furt to tam jede, furt to hučí, ve dne i v noci, hmm to bylo dost nepříjemný a hrozně otravný ... to musím říct, že jsem se tam ani jednu noc nevyspal.*“

- ***Zvoneček jako výhoda v noci u lůžka pacienta***

Tím, že je na ARO neustálý pohyb, pacienti si mohou kdykoliv personál přivolat a o cokoliv ho požádat. Ale vzhledem k tomu, že v noci jsou kontroly na boxech méně častější než ve dne, možná by byl nějaký zvoneček u lůžek pacientů vhodný. Pacienti by jen zmáčkli tlačítko v případě potřeby a nemuseli by čekat na to, až se sestřička v noci objeví.

Paní P. L. c.: „*Na to aro po každé někdo nahlížel. ... Horší to bylo v noci, to teda samozřejmě tam nebyl každej každou půl hodinu.*“

Pan A. D.: „*Oni se chodili pravidelně dívat, jo ... takže, když jsem něco potřeboval, tak jsem jenom houknul (..), (...). Oni tam pořád chodili i v noci, sice míň jak přes den, že jo*“

Pan S. T.: „*Hmm ...čekal jsem až někdo projde okolo, že sem zavolal na někoho (..), (...) ale jinak jsem čekal až někdo přijde no, protože tady není žádnéj zvonek, no. ...V noci jsem si ho nepřivolával, protože to nejde, co máte dělat, no mlátit tady něčím do postele (?) nebo křičet „help“ (?)... .*“

Přivolání si pomoci může být však ztíženo tím, že pacienti nemohou někdy mluvit. K přivolání si personálu využívají mávání ruky, otevírání pusy, dokonce pan R. G přivolání sestřičky řešil sundáním si saturačního čidla z prstu:

Pan R. G.: „... *ze začátku, když sem nemohl mluvit, já sem otevíral pusu nebo sem mával rukou si vzpomínám (pauza). Anebo si vzpomínám, že sem d'ál, .. že sem měl na prst, hmm ted' nevím konkrétně, nevzpomínám si jak se to jmenuje .. takovej kuliček a taky jsem si ho občas sundával, aby to zapípalo .. a sestřička přišla*“

- **Subjektivní vnímání vlastní nemoci**

Pacienti si uvědomují vážnost svého zdravotního stavu a v souvislosti s uvědoměním je napadá řada pochybností o svém bytí.

Pan A. D.: *„Když jsem otevřel oči, tak to bylo strašný, věděl jsem, že mi jde o život ... protože si říkáte, že žijete, že je člověk na živu a teď, teď co dál že jo ...“*

Pan S. T.: *„Měl sem obavu z toho, že třeba když usnu, že se mi zastaví to dýchání ... a že se třeba už neprobudím (.).“*

Změny psychického rozpoložení a v podstatě střídání emocí může být běžnou součástí vlastního vnímání nemoci.

Pan R. G.: *„Je to potřeba všechno vstřebat. Je to záplava pocitů .. jelikož nevíte, proč se na takovém místě ocitáte. ... Střídají se vám pocity radosti, smutku, samoty, štěstí. Neustále se člověku pocity mění, jelikož přemýšlí, co by mohlo být nebo proč to tak je.“*

- **Věčná nuda**

Čas plyne hrozně pomalu, minuty i hodiny se táhnou. Nemocní se v prostředí intenzivní péče vyloženě nudí, nemají tam co dělat, ten čas je pro ně nekonečný a až příliš ubíjející.

Pan S. T.: *„Ten čas mě tady hrozně ubíjí. Díky tomu, že špatně spím a furt koukám na ty hodiny, tak pro mě je hrozně dlouhý i ten den.“*

Pan R. G.: *„Člověk tam jenom vyloženě čeká, že jo, čeká co bude, takže .. já jsem hodně přemejšlel (Pauza).“*

Paní P. L. c: *„Každá minuta byla dlouhá jak hodina ... já jsem si říkala, že prostě to nikdy neskončí ... těch pět dnů bylo dlouhejších, jak měsíc.“*

Pan K. U. c: *„...opravdu ten čas tam byl nekonečnej“*

Přijít na jiné myšlenky a pokusit se zahnat nudu v prostředí intenzivní péče nemusí být složité, stačí jen trocha vynalézavosti, důkazem je toho pacient R. G.:

Pan R. G.: „... hodně často třeba, když se tam člověk většinou nudí, tak sem vyzozoroval, jak to tam pípá, jak se to tam mění, co co znamená, takže to pro mě bylo takový dobrý odreagování (úsměv), vlastně to zabíjení času“

- **Škatulkování sester**

Zajímavým faktem je, že si pacienti vlastně škatulkují sestry podle toho, jak se k nim sestry chovají a jaký k nim mají přístup.

Paní O. J. c: „... u některý sestra jsem prostě věděla, že po ní nemám nic chtít, tak k ní jsem moc důvěru neměla. U jiný jsem zase věděla, že ji můžu říct o cokoliv a neměla jsem s tím problémy.“

Pan R. G.: „... musím říct, že to byla sestra od sestry, vím ... jako, že tam byla jedna holka, milá hrozně, že nebyla o moc starší, jak já a že ta se vždycky, tak jako hezky usmívala“

- **Údiv nad vzdělaností sester a Pozitivní hodnocení našeho zdravotnictví**

Pacienti se podivují nad tím, že jsou sestry pracující v intenzivní péči vysoce odborně vzdělané. Co si asi mohli tak o nás sestřích do této doby pomýšlet?

Pan V. N.: „No jako (pauza) hmm no, jejich jednání byla teda správná, že byly naprosto perfektní, že znaly teda věci, věděly, o co se jedná, věděly, co a jak maj udělat.“

Pan A. D.: „A právě tou znalostí že jo, že věděly skoro všechno a když ne, tak přišel doktor a ten to dovysvětlil.“

Pacienti vidí a uvědomují si, že úroveň našeho zdravotnictví a péče, které se jim dostává, je na vysoké úrovni.

Pan A. D.: „... jsem viděl tu péči, což je teda velká ta péče, a i ta úroveň našeho zdravotnictví si myslím, že je dobrá.“

Pan. S. J. c: „ ... takže ta péče tam je na vysoké úrovni.“

Pan S. T.: „Předčilo to moje očekávání, vůbec sem nečekal takovou péči... jako ... vidím, že u nás to zdravotnictví .. jako ... máme být na co pyšný.“

Co pacient S. T. asi čekal? Je možné, že si v sobě uchovává negativní zkušenosti z předchozí hospitalizace? A proto byl překvapený tím, že se mu dostala péče na takovéto úrovni?

- ***Halucinace jako cesta k probouzení se z umělého spánku***

Když se pacienti probouzí z umělého spánku, často se jim zdají sny, které se odehrávají na různých místech s různými účinkujícími. Sny jdou pro svou opravdovost ztěžka rozlišit od reálného světa.

Pan A. D.: „Zdalo se mi třeba, že manželka dělá někde pro nějakou charitu nebo co, no a pak se tam zamilovala dokonce (směje se) ... pak jsme byli spolu na nějakém koncertě tady online u našich známých, pak že jsme byli i někde u moře ... Taky, že na mě světla prostě mluvěj ... prostě najednou se to na mě schovávalo, smálo se mi to .. no prostě to bylo hrozný. Člověk fakt nevěděl, co je pravda a co ne.“

Pan K. U. c: „Zdalo se mi, že jsem se dvakrát potkal s tátou (.) ... bylo to fakt jako takový skutečný setkání, ale už si přesně nevzpomenu (..), (...). Jenomže pak mi vlastně došlo, že sem se s nim nemohl potkat, protože můj táta umřel před měsícem na covid ... (byl nervózní).“

Těžce musel zažívat probouzení pacient R. G, protože v jeho snu čelil strachu o svůj život, několikrát v něm umřel, a dokonce i viděl, že se mu zastřelil otec.

Pan R. G.: „...zdalo se mi hmm, že sem měl potetovaný celý břicho .. a vlastně jsem ho schovával před mámou a před přítelkyní, co se na mě byly podívat. Měl jsem takový spíš obavy a strach, že mě tam vlastně jako chce někdo zabít ... tak jsem si furt zakrejval břicho dečkou, a pak sem vlastně zjistil, že tam mám jizvu přes celý

břicho, že to tam mám zašitý a že to není žádný tetování ... že to byla ta jizva vlastně, jak mi brali tu slezinu. V dalším snu sem umřel několikrát, ale vždycky sem si řekl, že umřít nechci a vždycky sem se z toho probudil. Taky sem měl sen, že se mi zastřelil i táta, pak mi máma ukazovala video, že mi vlastně přeje at' jsem jako silnej a já ji to nechtěl věřit, protože jsem měl fakt vzato, že je mrtvej a já s tím byl smířenej.“

Někdy bývají součástí probuzení se z umělého spánku i zrakové vjemy.

Pan S. T.: *„Přesně tadydle právě, jak jsou takhle otevřené ty dveře a svítilo se tam a já sem viděl jenom takový černý figury, takový postavy rozmazaný dvě, jak tam jako choděj, jak tam jsou takový stíny jako, nerozeznal sem, kdo to je, jestli to je mužského nebo ženského pohlaví, prostě něco se tam hejbal a něco to říkalo, ale takový všechno v mlze no.“*

2.2.6.2 Interpretace výsledků participantů s diagnózou covid- 19

V této části je představena interpretace výsledků u pacientů s nemocí covid-19.

- **Sestra je chudák**

Když k pacientům přistupují sestry v ochranných oblecích, pacienti je ohromně litují. Samozřejmě si plně uvědomují, že vykonávání práce v ochranných oblecích není zcela snadné, je to nepohodlné a náročné.

Paní O. J. c: *„Pro mě to nebylo jako žádný bubu nebo jakože hmm je to deprimující, že sou přede mnou takhle zabalený ... mně jich bylo strašně líto. Velmi jsem je litovala, jak v tom mohou být a vytvářet tak kvalitní práci, protože jim musí bejt strašný vedro a že v tomhle vydržet musí bejt děsný.“*

Pan K. U. c: *„Možná jen jsem je trochu litoval, že v tom musí vydržet několik hodin.“*

Paní P. L. c: *„... hrozně jsem je litovala (?), protože jsem věděla, že se jim v tom, že jim v tom musí být hrozně horko a samozřejmě se jim špatně dejchá. Hmm ... pro ně to musí být hrozně psychicky i fyzicky náročné.“*

- ***Stesk po rodině***

V současné době nejsou kvůli nemoci covid-19 povolené návštěvy v nemocničních zařízeních. Odrazem toho je skutečnost, že pacientům nejvíce v prostředí intenzivní péče bezpochyby schází jejich rodina a její blízkost, která by jim mohla přinášet oporu v nelehkých časech jejich onemocnění.

Pan S. J. c: „*Nejvíce mi však scházela rodina a pejsek.*“

Pan K. U. c: „*Ze všeho nejvíc mi tam chyběla komunikace s rodinou.*“

Paní O. J. c: „*No, co mi asi chybělo. (pauza) Scházela mi rodina, domov, volnost.*“

Paní P. L. c: „*No, nejvíc mi scházela samozřejmě rodina, že .. ten kontakt s nima. Já mám jenom manžela, dceru a syna jinak jako nikoho jako jo ... a prostě, já na těch blízkých šíleně lpím.*“

- ***Subjektivní vnímání nemoci covid-19***

Každou vteřinu, minutu i hodinu mají pacienti s diagnózou covid-19 strach o svůj život. Nemoc covid-19 je svým průběhem absolutně nevyzpytatelná. Ztěžka se nemocným popisuje, jak se neskutečně bojí toho, že se nedožijí dalších dnů a že zemřou.

Pan K. U. c: „*Měl jsem strach z toho, jak to všechno dopadne (nejistota), bál jsem se o svůj život, hrozně jsem se bál.*“

Paní P. L. c: „*Když lapáte po vzduchu, tak co se ve vás může odehrávat. Máte strach, že se udusíte, máte strach, že umřete (je nervózní) ... Furt jsem čekala, že se objeví nějaký zázrak.*“

Pan S. J. c: „*Jako působilo to na mě strašně, protože (pauza) člověk neví, co se děje .. dožije se zítřka (?) nedožije (?) .. prostě.*“

Nemoc covid-19 se podepisuje i na psychickém stavu nemocných.

Paní O. J. c: „*Kvůli covidu jsem se cítila špinavě, ponížene a odstrčeně.*“

Pan K. U. c: „*Sáhnul jsem si kvůli němu až na samé dno, bylo mi z toho na nic.*“

Paní P. L. c: „*Je to hrozný .. psychicky z toho jsem hrozně nabouraná (smutek). Je to tak strašlivá únava, v celém těle, a i psychická únava, je to prostě vyčerpávající.*“

Pan O. J. c: „*... byl jsem tak strašně psychicky hotovej prostě, tak mě to (pauza) skutečně vyčerpalo .. hlavně říkám, už nikdy v životě nic horšího.*“

2.2.7 Shrnutí výsledků

Výsledná hlavní témata z první části interpretace nám vznikla tato: Sestra jako anděl strážný pacientů, Drsná realita s podtématy – Lhostejný přístup zdravotníků k nemocnému, Vadí mi to, ale hájím personál; Psychická podpora personálu, jako jedna z hlavních domén odborného personálu; Odevzdaný příjemce péče; Trpím pro vlastní dobro a Technika jako ochránce života, ale zároveň i rušivý element.

V první části interpretace výsledků jsme zjistili, že si nemocní z hospitalizace odnáší spoustu negativních zkušeností, které ve většině případů souvisejí s necitlivým sdělováním informací o závažnosti zdravotního stavu a také s necitlivým chováním sester a jejich přístupem. I když nemocným vadí během pobytu některé činnosti, přesto se snaží obhájit personál, že on za tyto nepříjemnosti v podstatě nemůže, př. je přinesení léku na spaní pacientovi s více než hodinovým zpožděním.

Sestry jsou skutečně nenahraditelné osoby v prostředí intenzivní péče z pohledu pacientů. Pacientům dodávají oporu, pocit bezpečí a jistotu, že se jim v jejich blízkosti nemůže nic stát. Na nemocné je v daném prostředí vytvářen psychický nátlak ze všech stran, ať už uvědoměním si svého zdravotního stavu, nevhodným a necitlivým způsobem sdělování informací nebo také vnímáním zdravotního stavu sousedních pacientů. Tyto skutečnosti se odráží na psychické rozpoložení pacientů, byť to nemusí být znatelné. Proto hlavní roli sehrává v tomto prostředí psychická podpora nejen sester, ale také i ostatními zdravotníky. Často stačí, když je vezmou za ruku, sednou si k nim, povídají si s nimi, slovně je podpoří nebo využijí videonahrávku jako prostředek k tomu, aby viděli, jaké pokroky za určitou dobu udělali. Podpora je podněcujícím faktorem nejen pro zlepšení

psychického stavu nemocných, ale také proto, aby se posouvali dál, nevzdávali se a bojovali.

Dále jsme odhalili, že pacienti v dnešní době slepě přijímají péči, která se jim dostává i přesto, že jim připadá vykonávání některých činností příliš nadbytečné v jejich současném zdravotním stavu – př. je umývání 2x denně, nebo časté posazování i vstávání, jež je pro ně bolestivé. Někdy jsou ale situace, kdy nemají jinou možnost, ze které by si mohli vybrat a musí péči oddaně přijímat. Příkladem je přístrojové vybavení, jež ještě nepokročilo do takové fáze, aby bylo bezdrátové a nemocní ho tolerují se všemi jeho negativními dopady na ně jen proto, aby se uzdravili. Nebo, když nemohou být odpojeni od přístrojů, důvodem je jejich zdravotní stav, a kvůli tomu si nemohou dojít na toaletu a jsou nuceni se vyprázdnit na podložní mísu, což jim není zdaleka příjemné.

Nemocní ze strachu o svůj život se snaží všechno přetřpět a nestěžovat si, ať se jedná o ošetrovatelské aktivity nebo přístroje, protože vidí, že jim přinášejí prospěch. Často je pro pacienty bez diagnózy covid-19 krajně nepříjemné odsávání z dýchacích cest, převaz tracheostomie a pro pacienty s diagnózou covid-19 podávání kyslíku. Stejně jako přítomnost sestry, tak i přítomnost přístrojového vybavení dodává pacientům v prostředí intenzivní péče pocit bezpečí. Vědí, že jim přístroje mohou zachránit život, nebo že personál upozorní na změny v jejich zdravotním stavu. Naopak svojí hlučností jsou pacientům mnohdy protivné.

Výsledná skrytá témata z první části interpretace nám vznikla: Zvoneček jako výhoda v noci u lůžka pacienta; Subjektivní vnímání vlastní nemoci; Věčná nuda; Škatulkování sester; Údiv nad vzdělaností sester a Pozitivní hodnocení našeho zdravotnictví; Halucinace jako cesta k probouzení se z umělého spánku.

Zjistili jsme, že umístění signalizačního zařízení na boxech u lůžek pacientů by nebylo na škodu. Ve dne je žádání o pomoc snazší, protože tam je neustálý pohyb personálu, kdežto v noci je to daleko těžší, protože jsou kontroly na boxech méně časté než ve dne a nemocní neleží vždy na „očích“ personálu a musí čekat, až se někdo objeví.

Jakmile si pacienti začnou uvědomovat vážnost svého zdravotního stavu, začínají je napadat myšlenky ohledně své existence, s tím dochází i k narušení psychického rozpoložení a střídají se jim různé pocity. Snad méně překvapivé je, že se čas v prostředí intenzivní péče vleče a každá minuta i hodina je dlouhá jak věčnost a nemocní se nudí. Někdy se snaží zabavit tím, že soustředí svůj zájem na přístroje a sledují, jak se to na nich barevně mění nebo co jaké označení znamená.

Zajímavým zjištěním je, že si pacienti škatulkují sestry na základě jejich chování a vystupování, což má vliv na průběh poskytování ošetrovatelské péče. Zjistili jsme, že jsou pacienti udiveni nad tím, že jsou sestry pracující v intenzivní péči vysoce odborně vzdělané ve všech směrech. Udivení patřilo i tomu, že znají spoustu odborných věcí, že vědí, co mají udělat, a hlavně kdy a jak. Péče, kterou nemocní obdrželi byla na velmi vysoké úrovni z pohledů nemocných. Rovněž se dostalo z jejich strany pozitivnímu ohodnocení úrovně našeho zdravotnického systému.

Také jsme zjistili, že než se pacienti plně probudí z umělého spánku, zdají se jim skutečné sny, které jdou ztěžka odlišit od reálného světa nebo mají rozličné zrakové vjemy. Často se děj ve snech odehrával na různých místech s různými lidmi, např. na koncertě, u moře, na charitě. Nemocní v nich také bojovali o svůj život, byli tváří tvář své smrti nebo smrti blízké osoby.

Výsledná témata z druhé části interpretace nám vznikla tato: Sestra je chudák; Stesk po rodině a Subjektivní vnímání nemoci covid-19.

Nemocní s diagnózou covid-19 v hloubi duše skrývají lítost vůči sestřičkám, které k nim musí přistupovat v ochranných oblecích. Pacienti si jsou vědomi toho, že poskytovat ošetrovatelskou péči v oblecích je pro ně jak po psychické, tak i po fyzické stránce velmi náročné. Nejvíce však pacientům, hospitalizovaným na aro s diagnózou covid-19, chyběla rodina, zejména pak její blízkost a komunikace s ní. Dále jim scházeli domácí mazlíčci, volnost a domov.

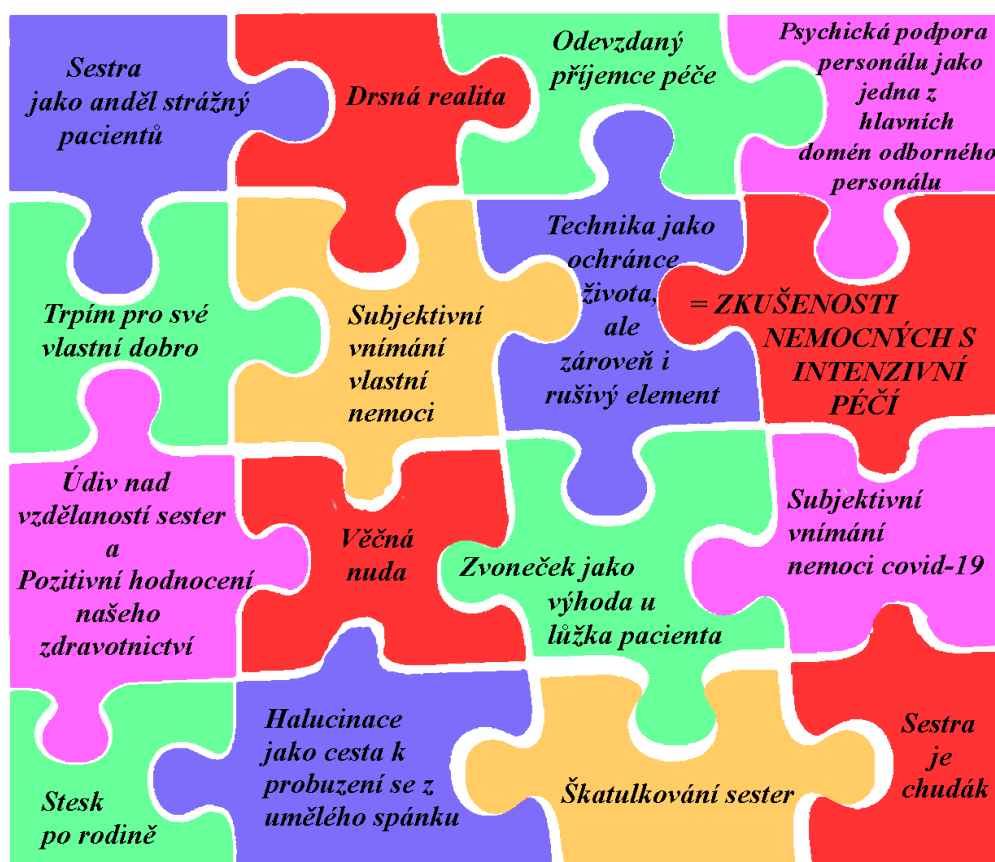
Odhalili jsme, že nemocní s diagnózou covid-19 mají neskutečné obavy o svůj život, každým okamžikem se bojí, že se nedožijí dalších dní, že se udusí nebo

že zemřou, protože tato nemoc je pro svůj průběh nevyzpytatelná. Stejně tak má nemoc covid-19 zjevný dopad na psychiku pacientů, kdy se v jeho důsledku cítí být např. vyčerpaní, poníženi, odstrčení.

Výsledky naznačují, že výpovědi pacientů s diagnózou covid-19 a pacientů bez této diagnózy se ohledně zkušeností s poskytováním ošetrovatelské péče a s prostředím intenzivní péče příliš neliší a rozdíly jsou mezi nimi minimální. Pacientům s diagnózou covid-19 bylo hlavně nepříjemné, co se týče ošetrovatelské péče, podávání kyslíku, kdežto u pacientů bez této diagnózy se jednalo o jiné činnosti spojené především s odsáváním z dýchacích cest a s převazy tracheostomie.

Všechna témata se vzájemně prolínala a plynule na sebe navazovala. Témata jsou jako mozaika a mělo by se na ně pohlížet jako na celek, abychom dostatečně porozuměli této oblasti, viz následující obrázek 2.

Obrázek 2 Výsledná témata z interpretace výsledků výzkumu



Je nutno si uvědomit, že každý pacient je individuální a má jiné zkušenosti, vnímání a prožívání. Získali jsme tak přehled o tom, jaké jsou zkušenosti nemocných s intenzivní péčí v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče a s prostředím intenzivní péče. Zároveň jsme také zjistili, co prožívají pacienti s diagnózou covid-19 v tomto prostředí. Také jsme zjistili, že rozdíly ve zkušenostech a prožívání mezi pacienty s diagnózou covid-19 a bez této diagnózy jsou zcela minimální z pohledu poskytování ošetrovatelské péče a prostředí intenzivní péče.

Hlavním limitem tohoto výzkumného šetření je malý vzorek participantů, který nemusel zdaleka zahrnout všechny zkušenosti, potíže, strasti a trápení či naopak pozitivita, se kterými se pacienti potýkají na odděleních intenzivní péče. A proto získané výsledky nelze zobecnit a aplikovat na všechny hospitalizované pacienty v tomto prostředí, protože každý pacient je individuální a má odlišné zkušenosti. Dalším limitem by mohlo být, že celé výzkumné šetření nebylo zaměřeno pouze na pacienty s diagnózou covid-19 a nemuseli jsme tak dosáhnout úplné saturace této problematiky, proto by další výzkumné šetření zaměřené na jedince s nemocí covid-19 bylo výhodou.

Silnou stránkou je získání primárních informací přímo od pacientů s diagnózou covid-19 a od pacientů bez této diagnózy. Velkým přínosem je získání cenných dat o zkušenostech a prožitcích od jedinců s nemocí covid-19, výsledky tak můžeme považovat za jedinečné, protože nemáme k dispozici žádné jiné studie na dané téma.

Docílili jsme splnění stanovených cílů.

3 Diskuze

Pozitivní i negativní zkušenosti, jež si nemocní následně odnáší z intenzivní péče nejsou ovlivněny výhradně poskytnutou péčí, ale i prostředím, celkovým přístupem a chováním sester a ostatních členů zdravotnického personálu. Připomínání si zkušeností, obzvláště těch negativních, je pro ně velice citlivou záležitostí, kterou si mnohdy neradi připomínají. Co by mohla sestra a ostatní personál udělat proto, aby se minimalizovaly negativní zkušenosti, a naopak převažovaly pozitivní zkušenosti v souvislosti s intenzivní péčí?

V zahraniční studii „*Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe*“ autoři Wassenaar, Schouten a Schoonhoven (2014) uvádí, že se sestra nejvíce podílí na vytváření bezpečného prostředí pro pacienty. Často je bezpečí vnímáno na základě osobního přístupu sester, odborných znalostí, vzájemné komunikace a interakce mezi sestrami a pacienty. Autoři Meriläinen, Kyngäs a Ala-Kokko ve své studii „*Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care*“ (2013) dodávají, že se sestry podílí na vytváření bezpečného prostředí i tím, že akceptují potřeby svých nemocných a svými akty dokazují, že jim nejsou lhostejní. Naše výsledky ukazují a dokládají, že pacienti vnímají sestru v prostředí intenzivní péče jako „*anděla strážného*“, v jejíž blízkosti cítí oporu a pocit bezpečí.

Není překvapivé, že snad každý z nás má tendence si škatulkovat lidi na základě jejich chování a vystupování a ve zdravotnictví tomu není jinak. Ke škatulkování sester dochází i v zahraničních zemích. Ve studii „*Patient experiences in intensive care units*“ (2017), autoři Topçu et al. zdůraznili, že pozitivní chování personálu pomáhá k posilování důvěry mezi personálem a nemocnými. Sestřičky, jež s pacienty komunikují, laskavě se k nim chovají a neustále se o ně zajímají, jsou pacienty považovány za výborné, naopak pokud s nimi nekomunikují a nic jim nevysvětlí, tak nikoliv. Naše výsledky potvrzují výše doložené zjištění kategorií „*Škatulkování sester*“, kdy si pacienti všimají toho, jak se sestry k nim chovají, jak k nim přistupují a jaký postoj k nim zauímají.

V nedávné švédské studii „*What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met?*“ (2017) autoři Wåhlin et al. zase uvedli, co pacienti hodnotí jako nejvíce a nejméně důležité při poskytování ošetrovatelské péče. Na prvním místě byla důležitá při poskytování ošetrovatelské péče důvěra, dále zájem ze strany personálu, jeho blízkost, poskytnutí srozumitelných informací před výkonem, být vyslyšen, nemluvit za zády nemocných, vnímání jejich potřeb, příjemný dotek a pozitivní atmosféra. I náš výzkum potvrzuje výsledky tohoto výzkumu. Opravdu pozitivně naladěná atmosféra mezi personálem přispívá k pohodě u pacientů, což můžeme doložit výpovědí jednoho z našich participantů:

Pan S. T.: „*Tak, když vidím, že je pohoda mezi nima, tak ta pohoda je i tady ve mně.*“

Autoři Kisorio a Langley ve své studii „*Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit*“ (2019) poukázali na negativně vnímanou situaci v přímé souvislosti s ošetrováním pacientů. Jednalo se o to, že sestry nechávaly svým pacientům při ošetrování odhalené tělo a současně ponechaly otevřené dveře. Naše výsledky v kategorii „*Trpím pro své vlastní dobro*“ ukazují, že většině pacientů byly nepříjemné v průběhu poskytování péče některé ošetrovatelské činnosti. Ve studii „*Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained*“ (2015) se autoři Moen a Nåden zase snažili klást důraz na to, aby sestry při ošetrování nemocných nevysílaly žádné negativní signály a náznaky jakéhokoliv znechucení, protože jen tak docílí toho, že je nebudou úmyslně vystavovat stresovým situacím. Našimi výsledky můžeme potvrdit, jak je důležité se chovat profesionálně při poskytování ošetrovatelské péče:

Pan S. T.: „*Člověk to nějak překousne ... když vidím, že z toho nedělaj vědu, tak člověk to zkousne i psychicky, no.*“

Autoři Moen a Nåden popsali ve studii „*Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained*“ (2015) situaci, kdy pacienti byli nuceni se zapojovat do aktivit spojených s mobilizací a cvičením i přesto, že udávali slabost, a to u nich postupně vygradovalo v negativní zážitek. Naše šetření kategorií

„*Odevzdaný příjemce péče*“ dokládá, že pacienti stále v dnešní době odevzdaně přijímají poskytovanou péči. Důvodem toho může být, že se bojí ozvat, můžou se bát odmítnutí a ignorace ze strany personálu, a proto budou raději dále slepě přijímat péči, která jim není po chuti. Autoři Schandl, Falk a Frank ve své studii „*Patient participation in the intensive care*“ (2017) zastávají tvrzení, že podle sester není lehké rozpoznat vhodnou dobu, kdy by pacienti mohli být zapojeni do ošetrovatelské péče. Další autoři Falk, Schandl a Frank ve švédské studii „*Barriers in achieving patient participation in the critical care unit*“ (2019) zjistili, že bariérami pro zapojení do ošetrovatelské péče by mohly být: postoj sester k péči, péče o více než jednoho pacienta, organizace práce sestry na oddělení, nedostatečná komunikace a fyzické omezení pacientů.

V anglické studii „*Patients' experiences of technology and care in adult intensive care*“ (2015) autoři Stayt, Seers a Tutton se zabývali tím, jak se pacienti cítili v obležení přístrojové techniky a jak ji vnímali. V přítomnosti techniky se cítili osamocení, neviditelní, měli pocit, že se sestry zaměřují více na techniku než na ně samotné a že péči věnovaly spíše okolo nich než k nim. Dále uvedli, že pacienti techniku tolerovali z důvodu, že nemají jinou možnost, viděli, že se jim lepší zdravotní stav nebo jim přináší pocit úlevy, což potvrzuje i naše šetření kategorií „*Trpím pro své vlastní dobro*“. Nebylo by úžasné mít do budoucna bezdrátovou techniku? Díky ní by se nemocní cítili komfortněji a personál by se nemusel zabývat neustálým rozmotáváním všech kabelů a hadiček. Naopak kategorie „*Technika jako ochránce života, ale zároveň rušivý element*“ dokládá, jak se pacienti v její blízkosti cítí bezpečně i přesto, že je technika sama o sobě hlučná.

Švédští autoři Wåhlin, Samuelsson a Ågren ve studii „*What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met?*“ (2017) uvedli, že nevhodné chování personálu má za následek vytváření negativních zážitků. Příčinou je často arogance, naštvanost a nedostatek empatického přístupu, dále také scházení očního kontaktu a postrádání zájmu ze strany personálu. To, že nevhodné chování personálu vytváří negativní zkušenosti stvrzuje i naše šetření kategorií „*Drsná realita*“.

Autoři Topçu et al. v turecké studii „*Patient experiences in intensive care units*“ (2017) uvedli, že střídání různých psychických stavů u jedinců v intenzivní péči není nic neobvyklého, často je sužují úzkosti, osamělost, nejistota a přepadávají je myšlenky na smrt. Naše šetření ukázalo doložením „*Subjektivního vnímání vlastní nemoci*“, že pacienty s uvědoměním si své nemoci začnou přepadat emoce a pochybnosti o svém bytí. Důvodem může být to, že jsou nemocní většinou upoutaní na lůžko, okolo nich se nachází jen přístroje, někdy jsou vedle nich na lůžku umístěni další pacienti, sem tam se u nich ocitne personál, jinak tam jsou sami. Nemají co dělat, a tak přemýšlí. Autoři švédské studie Wåhlin, Samuelsson a Ågren (2017) zdůraznili, že pacienti potřebují cítit dotek sester a podporu z jejich strany, to potvrdilo i šetření kategorií „*Psychická podpora personálu jako jedna z hlavních domén odborného personálu*“.

Němečtí autoři Svenningsen, Egerod, Dreyer se ve studii „*Strange and scary memories of the intensive care unit*“ (2016) zabývali popisem vzpomínek na bludy, které se vyskytovaly u pacientů v intenzivní péči. Většinou se jednalo o živé dramatické příběhy o cestách, výzvách nebo přežití, v nichž nemocní sice účinkovali, ale na scénáře neměli vliv, protože kontrolu nad jejich konáním a rozhodováním přebírala rodina nebo personál. Často se účastnili hazardních her, zabíjení a automobilových závodů, aby přežili. Nejednou museli skákat, plazit se, řídit za pomoci lůžek, autobusů atd. Naše výsledky ukazují, že než se pacienti úplně probudí z umělého spánku a nabydou plného vědomí, většinou se potýkají s halucinogenními stavy. To dokládá naše šetření kategorií „*Halucinace jako cesta k probuzení se z umělého spánku*“.

Autoři Egerod, Storli a Akerman v této studii „*Intensive care patient diaries in Scandinavia: a comparative study of emergence and evolution*“ (2011) přináší velmi zajímavé zjištění a to, že v řadě evropských a skandinávských zemích si sestry v intenzivní péči píšou deníky, které se staly nedílnou součástí jejich ošetrovatelské péče. Autoři Nielsen, Egerod a Angel ve studii „*Patients' perceptions of an intensive care unit diary written by relatives*“ (2019) dodávají, že sestry píší deníky za účelem pomoci pacientům se vyrovnat s jejich nemocí a vyplnit jim mezery v paměti. Také dodávají, že by bylo vhodné zavést do klinické

praxe psaní deníků rodinou. Autoři Haraldsson et al. v současné studii „*The experiences of ICU patients during follow-up sessions*“ (2015) rovněž podporují zavádění takzvaných „*následných sezení*“ s odstupem cca dvou měsíců po propuštění z intenzivní péče, která taktéž pomáhají objasnit vzpomínky nemocným, pochopit situaci, v níž se ocitli a mají příležitost si promluvit o svých zkušenostech.

Doposud nejsou k dispozici žádné studie, které by se zabývaly zkušenostmi pacientů s diagnózou covid-19 v intenzivní péči, a proto námi získané výsledky nemáme s čím porovnat. Ocitnout se v prostředí intenzivní péče v roli pacienta s prokázanou diagnózou covid-19 není v současné době ojedinělou záležitostí. Co pacienti prožívají v důsledku této nemoci? Pacienti prožívají neskutečně nepopsatelný strach o svůj život každou minutu. Bojí se, nikdy nemají jistotu, že se dožijí dalších dní, protože je covid-19 svým průběhem nevyzpytatelný a kdykoliv může dojít ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Zároveň jim tak ubírá naděje v lepší zítřky. To vše se odráží na jejich psychickém rozpoložení a dochází k psychickému vyčerpání, únavě a pocitům odstrčení u těchto jedinců. Zajímavostí je, že pacienti nemají absolutně žádný strach, necítí obavy ani nervozitu, když k nim přistupuje personál v ochranných oblecích, pouze ho litují. Nejvíce jim v prostředí intenzivní péče chybí rodina. To je odrazem toho, že v této době nejsou povoleny návštěvy v nemocničních zařízeních. Domníváme se, že blízkost rodiny schází zaručeně i ostatním pacientům v nelehké době svého onemocnění. Často je pro tyto pacienty velmi nepříjemným zážitkem kyslík aplikovaný prostřednictvím kyslíkových brýlí, protože je pálí a vytváří jim strupy v nose. Je nepříjemný zážitek způsoben v kombinaci s HFNO, kterou jistě tyto pacienti měli nebo se jedná o kombinaci s podáváním kyslíku o nízkém průtoku?

Ve studii „*The relationship between stressors and intensive care*“ (2019) autoři Zengin, Ören a Üstündag zdůraznili, že stresory, kterým jsou pacienti vystavováni po celou dobu na oddělení intenzivní péče a poté na ně vzpomínají, mohou u nich po propuštění vyvolat psychické potíže. Také mají negativní vliv na kvalitu života po propuštění, na zotavovací proces a stěžují návrat do běžného života.

4 Doporučení pro klinickou praxi

Z empirické části vyplývají následující doporučení pro klinickou praxi. Doporučení lze uplatnit jak pro pacienty s diagnózou covid-19, tak i pro pacienty bez této diagnózy.

Personál by se měl aktivně zajímat o zkušenosti svých pacientů v souvislosti s intenzivní péčí a zjištění negativních zkušeností nebrat na lehkou váhu. Protože negativní zkušenosti mohou mít vliv na psychický stav po propuštění nemocných a také jim ztížit zotavovací proces. Záměrem všech zdravotníků by proto měla být co největší snaha o minimalizaci negativních zkušeností. Zejména by se měli zaměřit na přístup a chování vůči pacientům, a případně zvážit citlivější sdělování informací nemocným ohledně jejich zdravotního stavu.

Sestřičky, ale také ostatní zdravotníci by měli pacientům dodávat psychickou podporu za jakékoliv situace, i jen třeba tím nejjednodušším gestem, že je budou držet za ruku. Nebo je slovně podpoří, chvíli se k nim posadí a popovídají si s nimi. Další možností je natočit pacienty při aktivitě, která jim dělá potíže a za nějaký čas jim pořízenou nahrávku pustit, aby viděli, jaký veliký posun udělali. Pokud to lze, měli by se snažit navázat telefonické spojení s rodinou, aby je pacienti mohli slyšet, když nejsou možné návštěvy. Při sdělování závažných informací by se personál neměl ostýchat a měl by nemocným zprostředkovat např. rozhovor s psychologem.

Personál by měl myslet na to, že by pacienty měl zapojovat do rozhodování a plánování ošetrovatelské péče, pokud jim to jejich zdravotní stav umožňuje, protože nemocní nemusí mít odvahu se sami do onoho procesu zapojit. Personál by jim měl nechat prostor proto, aby pacienti mohli vyjádřit, co jim vadí, co by chtěli udělat jinak, co jim je příjemné či naopak nepříjemné. Tím by se mohlo částečně zamezit tomu, že nemocní budou stále oddaně přijímat poskytovanou péči.

K pacientům, kteří si nemohou dojít na toaletu a jsou nuceni se vyprázdnit na lůžku, by personál měl přistupovat citlivě. Personál by se jim měl snažit vysvětlit, že není bohužel jiná možnost a měl by se snažit zajistit co největší komfort a soukromí při vyprazdňování.

Dalším doporučením je umístění signalizačního zařízení na boxech u lůžka pacientů, zejména v noci z toho důvodu, že je na oddělení menší pohyb personálu a pacienti nemusí být personálu přímo „na očích“. Zvonečkem by si mohli ihned pomoc přivolat a nemuseli by čekat na to, až se někdo přijde na box podívat nebo tam něco udělat.

Posledním doporučením pro klinickou praxi v intenzivní péči je psaní deníků sestrami nebo rodinou, které nemocným pomohou se vyrovnat s vlastní nemocí a pomohou objasnit mezery v paměti. Stejně tak je doporučením zavedení následných sezení po propuštění z oddělení intenzivní péče. Domníváme se, že následná sezení by se mohla stát v České republice skvělou příležitostí pro pacienty, kteří byli delší dobu v umělém spánku, mají značné mezery ve své paměti a z pobytu si toho příliš mnoho nepamatují. Následná sezení by nesplňovala svůj účel u pacientů, jež jsou hospitalizováni krátkodobě na JIP nebo ARO.

Závěr

V teoretické části jsme předložili aktuální poznatky týkající se zkušeností nemocných s poskytováním ošetrovatelské péče, o kvalitě spánku, o prostředí intenzivní péče, o psychickém stavu a o vzpomínkách na intenzivní péči. Dále poznatky o stresorech v intenzivní péči, o zkušenostech ventilovaných pacientů a o zkušenostech jedinců s intenzivní péčí v České republice. Součástí každé námi předložené oblasti jsou doporučené intervence, které by mohly zdravotnickému personálu pomoci přispět ke snížení negativních zkušeností u svých pacientů v tomto prostředí.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že role sestry je v intenzivní péči ničím a nikým nenahraditelná, díky ní se většina pacientů cítí bezpečně a chráněně. Pocit bezpečí rovněž navozují přístroje, které jsou ale pro svoji hlučnost pro někoho nesnesitelné. Pacienti si odnáší mnoho negativních zkušeností kvůli nevhodnému chování a vystupování personálu. Často slepě přijímají péči, i když jim není příjemná nebo nemají jinou možnost volby. Hodně nepříjemným zážitkem je pro ně vyprazdňování se na podložní míse, odsávání z dýchacích cest, převazy tracheostomie a u pacientů s diagnózou covid-19 je to i podávání kyslíku. Nejen spoustu činností, ale i přístroje se snaží přetpět, aby se jim udělalo lépe. Důležitým aspektem v prostředí intenzivní péče je poskytování psychické podpory nemocným ze strany personálu.

Pacienti s diagnózou covid-19 se potýkají s nejistotou kvůli nepředvídatelnému průběhu této nemoci, a tak mají značné a naprosto pochopitelné obavy ze smrti. Nemoc covid-19 se tak podepisuje na jejich psychickém stavu. Cítí se být ostrčen, poníženi, špinaví, unavení, také psychicky vyčerpaní. Nejvíce jim schází blízkost rodiny v tomto prostředí, dále volnost, domov a domácí mazlíčci.

Informace z této diplomové práce by mohly být primárně přínosem nejen pro všeobecné sestry, ale také pro jakýkoliv jiný personál pracující na JIP nebo ARO. Zjištění by mohla sloužit jako doporučení pro zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče a nabídnout zamyšlení se nad tím,

jak zlepšit přístup k pacientům v daném prostředí a hlavně, jak eliminovat negativní zkušenosti.

V České republice není tato problematika dostatečně prozkoumána, zrealizování dalších výzkumných šetření by mohlo být výhodné. Tato diplomová práce by se pro ně mohla stát dobrým podkladem. Diseminaci výsledků mezi širokou odbornou veřejnost plánuji prostřednictvím článku v odborném časopise a poskytnutím výsledků vedení kliniky, kde výzkum probíhal.

Seznam použité literatury

ABOUMATAR, Hanan et al. Measuring Patients' Experiences of Respect and Dignity in the Intensive Care Unit: A Pilot Study. *Narrative Inquiry in Bioethics* [online]. 2015, **5**(1A), 69A-84A [cit. 2021-03-31]. ISSN 2157-1740. Dostupné z: DOI: 10.1353/nib.2015.0005

ALASAD, Jafar A., TABAR, Nazih Abu a AHMAD, Muayyad M. Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care* [online]. 2015, **30**(4), 859.e7–859.e11 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1557-8615. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.021>

ALEXANDERSEN, Ingeborg et al. “Never in my mind to give up!” A qualitative study of long-term intensive care patients’ inner strength and willpower—Promoting and challenging aspects. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2019, **28**(21-22), 3991-4003 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14980>

CASTRO, Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de a BOTELHO, Maria Antónia Rebelo. The Experience of the Persons with The Critical Condition Hospitalized in an Intensive Care Unit. *Journal of Nursing UFPE On Line* [online]. 2017, **11**(9), 3386-3394 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1981-8963. Dostupné z: DOI: 10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201709

DANIELIS, Matteo et al. Understanding patients’ experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a metasynthesis and meta-summary. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2020, **29**((13-14), 2107-2124 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15259>

DING, Qinglan et al. Factors Influencing Patients' Sleep in the Intensive Care Unit: Perceptions of Patients and Clinical Staff. *Critical Care Management* [online]. 2017, **26**(4), 278-286 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1937-710X. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017333>

EGEROD, Ingrid, STORLI, Sissel Lisa a AKERMAN, Eva. Intensive care patient diaries in Scandinavia: a comparative study of emergence and evolution. *Nursing Inquiry* [online]. 2011, **18**(3), 235–246 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00540.x>

ENGWALL, Marie et al. Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2015, **31**(6), 325-335 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001>

FALK, A.-C., SCHANDL, Anna a FRANK, Catarina. Barriers in achieving patient participation in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2019, **51**, 15-19 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.008>

HANSEN, Isabella P, LANGHORN, Leanne a DREYER, Pia. Effects of music during daytime rest in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care* [online]. 2017, **23**(4), 207-213 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1478-5153. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12324>

HAPP, Mary Beth. Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Heart Lung* [online]. 2015, **44**(5), 408-415.e2 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1527-3288. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>

HARALDSSON, Lena et al. The experiences of ICU patients during follow-up sessions — A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2015, **31**(4), 223-231 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.002>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOLM, Anna a DREYER, Pia. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care* [online]. 2015, **22**(2), 81-88 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1478-5153. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>

CHAHRAOUI, Khadija et al. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *Journal of Critical Care* [online]. 2015, **30**(3), 599-605 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0883-9441. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.016>

JOHANSSON, Lotta et al. *The sound environment in an ICU patient room-A content analysis of sound levels and patient experiences* [online]. 2012, **28**(5), 269-279 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.03.004>

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-1830-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.

KISORIO, Leah C. a LANGLEY, Gayle C. Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care* [online]. 2019, **24**(6), 392-398 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1478-5153. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12409>

KJELDSEN, Caroline L. et al. Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care* [online]. 2017, **23**(2), 75-81 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1478-5153. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12277>

LOCIHOVÁ, Hana et al. PERCEPTION OF INTENSIVE CARE STRESSORS BY PATIENTS, NURSES AND FAMILY. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2018, **9**(1), 758-766 [cit. 2021-03-31]. ISSN 23363517. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0002>

LEE, Soon Young a KANG, Jiyeon. Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: A randomised controlled trial. *Intensive & Critical Care Nursing* [online]. 2020, **59**, 1-7 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102849>

MATTIUSSI, Elisa et al. Sleep deprivation determinants as perceived by intensive care unit patients: Findings from a systematic review, meta-summary and meta-synthesis. *Intensive & Critical Care Nursing* [online]. 2019, **53**, 43-53 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.03.006>

MERILÄINENA, Merja, KYNGÄS, Helvi a ALA-KOKKO, Tero. Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2013, **29**(2), 78-87 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.05.003>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Manuál Stavební Standardy: Standard pro jednotku intenzivní péče* [online]. 1-8 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>

MOEN, Ellen Klavestad a NÅDEN, Dagfinn. Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive and Critical care Nursing* [online]. 2015, **31**(5), 285-293 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.03.003>

MYLÉN, Jenny, NILSSON, Maria a BERTERÖ, Carina. To feel strong in an unfamiliar situation; Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2016, **32**, 24-48 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.001>

NIELSEN, Anne Højager, EGEROD, Ingrid a ANGEL, Sanne. Patients' perceptions of an intensive care unit diary written by relatives: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing* [online]. 2019, **55**, 1-

6 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.08.001>

NOGUCHI, Ayako et al. Factors related to memory absence and delusional memories in patients in intensive care units managed with light sedation. *Intensive & Critical Care Nursing* [online]. 2020, **59**, 1-6 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102830>

ROBERTS, Melanie et al. The Experience of Acute Mechanical Ventilation From the Patient's Perspective. *Dimensions of critical care nursing* [online]. 2019, **38**(4), 201-212 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1538-8646. Dostupné z: DOI: 0.1097/DCC.0000000000000361

ŘIHÁČEK, Tomáš, ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN ISBN 978-80-210-6382-2.

SCHANDL, Anna, FALK, Ann-Charlotte a FRANK, Catharina. Patient participation in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2017, **42**, 105-109 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.006>

SHDAIFAT, Sajeda Aref a AL QADIRE, Mohammad. Anxiety and Depression among Patients Admitted to Intensive Care. *Nursing in Critical Care* [online]. 2020, 1-7 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1478-5153. Dostupné z: DOI: 10.1111/nicc.12536

STAYT, Louise Caroline, SEERS, Kate a TUTTON, Elizabeth. Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2015, **71**(9), 2051-2061 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12664>

SVENNINGSSEN, Helle, EGEROD, Ingrid a DREYER, Pia. Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2016, **25**((19-

20), 2807-2815 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13318>

TAKASHIMA, Naomi, YOSIHNO, Yasuyo a SAKAKI, Kosuke. Quantitative and qualitative investigation of the stress experiences of intensive care unit patients mechanically ventilated for more than 12 hr. *Japan Journal of Nursing Science* [online]. 2018, **16**(4), 1-13 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1742-7924. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/jjns.12253>

TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.

TOPÇU, Serpil et al. Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Experience Journal* [online]. 2017, **4**(3), 115-127 [cit. 2021-03-31]. ISSN ISSN: 2372-0247. Dostupné z: DOI: 10.35680/2372-0247.1137

ÚZIS ČR. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2018: Zdravotnická statistika ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018, 1-96 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008313/hospit2018.pdf>

VALENTIN, Andreas a FERDINANDE, Patrick. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine* [online]. 2011, **37**(10), 1575–1587 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1432-1238. Dostupné z: DOI: 10.1007/s00134-011-2300-7

WÄHLIN, Ingrid, SAMUELSSON, Peter a ÅGREN, Susanna. What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met? – An empowerment questionnaire survey. *Journal of Critical Care* [online]. 2017, **40**, 83-90 [cit. 2021-03-31]. ISSN 0883-9441. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.03.004>

WASSENAAR, Annelies, SCHOUTEN, Jeroen a SCHOONHOVEN, Lisette. Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2014, **51**(2), 261-273

[cit. 2021-03-31]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>

YEŞİL, Pinar et al. An Investigation of Patients' Perceptions of Nursing Care: Case of Intensive Care. *International Journal of Caring Sciences* [online]. 2015, **8**(2), 412-419 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1791-5201. Dostupné z: *dataábaze EBSCO*

ZADÁK, Zdeněk a HAVEL, Eduard. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Stručný přehled činnosti oboru anesteziologie a intenzivní medicína za období 2007–2017. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018, 1-43 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K10_A025_anest_eziologie_intenzivni_medicina_2017.pdf

ZENGİN, Neriman, ÖREN Besey a ÜSTÜNDAG, Hülya. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nursing in Critical Care* [online]. 2019, **25**(2), 109-116 [cit. 2021-03-31]. ISSN 1478-5153. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12465>

Seznam zkratek

| | |
|--------|---|
| ARO | Anesteziologicko-resuscitační oddělení |
| Atd. | A tak dále |
| ESICM | European Society of intensive care medicine |
| ESQ | Environmental Stressor Questionnaire |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale |
| HFNO | High-Flow Nasal Oxygen |
| ICEQ | Intensive Care Experience Questionnaire |
| IPA | Interpretativní fenomenologická analýza |
| JIP | Jednotka intenzivní péče |
| Např. | Například |
| Př. | Příklad |
| SPEACS | Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication |
| Tj. | To je |
| Tzn. | To znamená |
| Tzv. | Takzvaný |
| UPV | Umělá plicní ventilace |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky |
| Vs. | Versus |

Seznam obrázků

Obrázek 1: Znázornění schématu Drsná realita

Obrázek 2: Výsledná témata z interpretace výsledků výzkumu

Seznam grafů

Graf 1: Vývoj počtu pacientů na ARO v letech 2007–2017

Graf 2: Vývoj počtu pacientů na UPV v letech 2007–2017

Graf 3: Seznam významných oblastí při poskytování ošetrovatelské péče

Seznam tabulek

Tabulka 1: Stresory v intenzivní péči

Tabulka 2: Komentovaná transkripce

Seznam příloh

Příloha č. 1: Psychický stav participantů po 3 měsících na JIP

Příloha č. 2: Copingové strategie

Příloha č. 3: Stresory na JIP

Příloha č. 4: Vyhodnocení 19ti a 12ti položkové škály

Příloha č. 5: Vzpomínky na UPV

Příloha č. 6: Vyjádření souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Příloha č. 7: Vyjádření souhlasu etické komise Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Příloha č. 8: Informovaný souhlas o účasti ve studii č. 1

Příloha č. 9: Informovaný souhlas o účasti ve studii č. 2

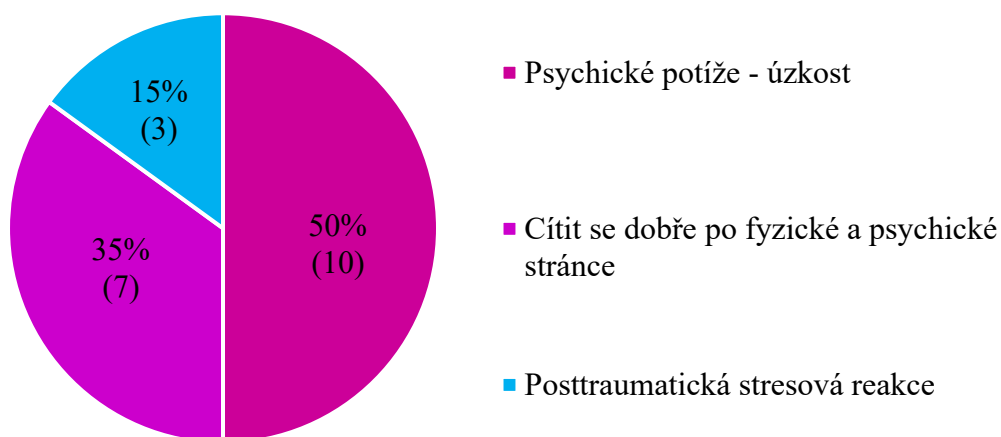
Příloha č. 10: Kritéria pro výběr participantů

Příloha č. 11: Polostrukturovaný rozhovor

Přílohy

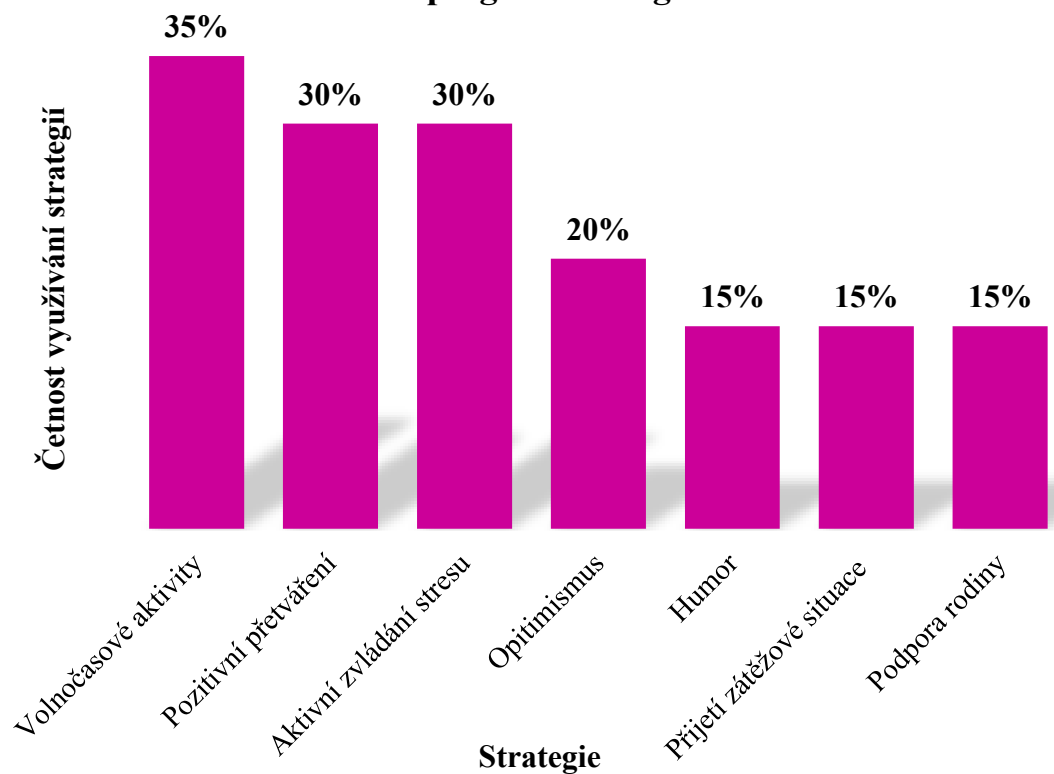
Příloha č. 1 – Psychický stav participantů po 3 měsících na JIP

Psychický stav participantů po 3 měsících na JIP

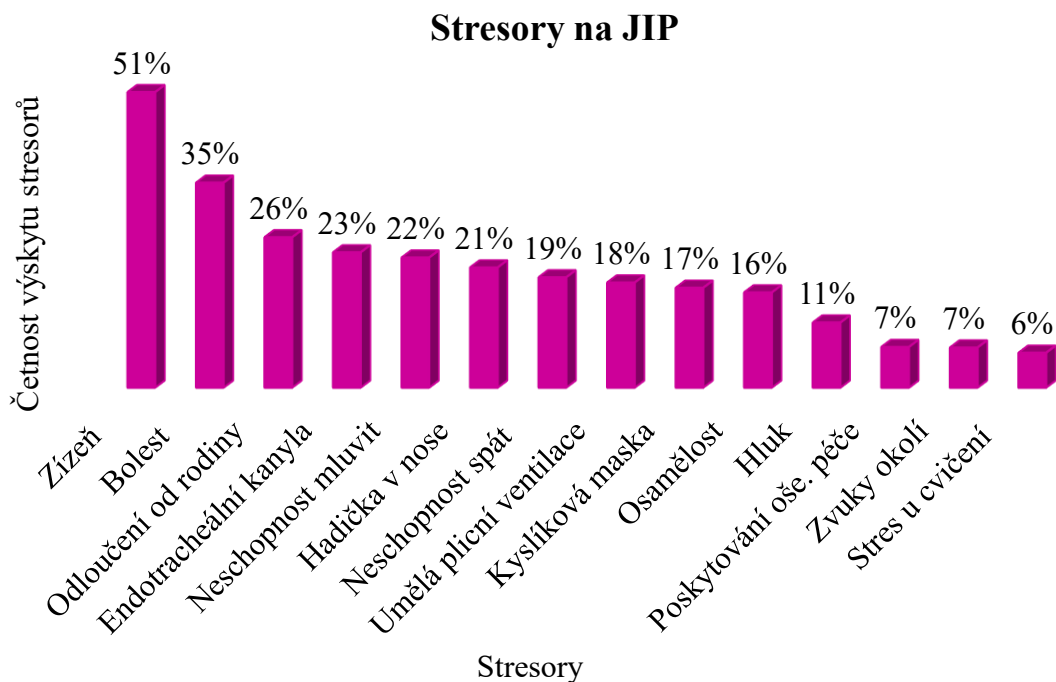


Příloha č. 2 – Copingové strategie

Copingové strategie



Příloha č. 3 – Stresory na JIP



Příloha č. 4 – Vyhodnocení 19ti a 12ti položkové škály

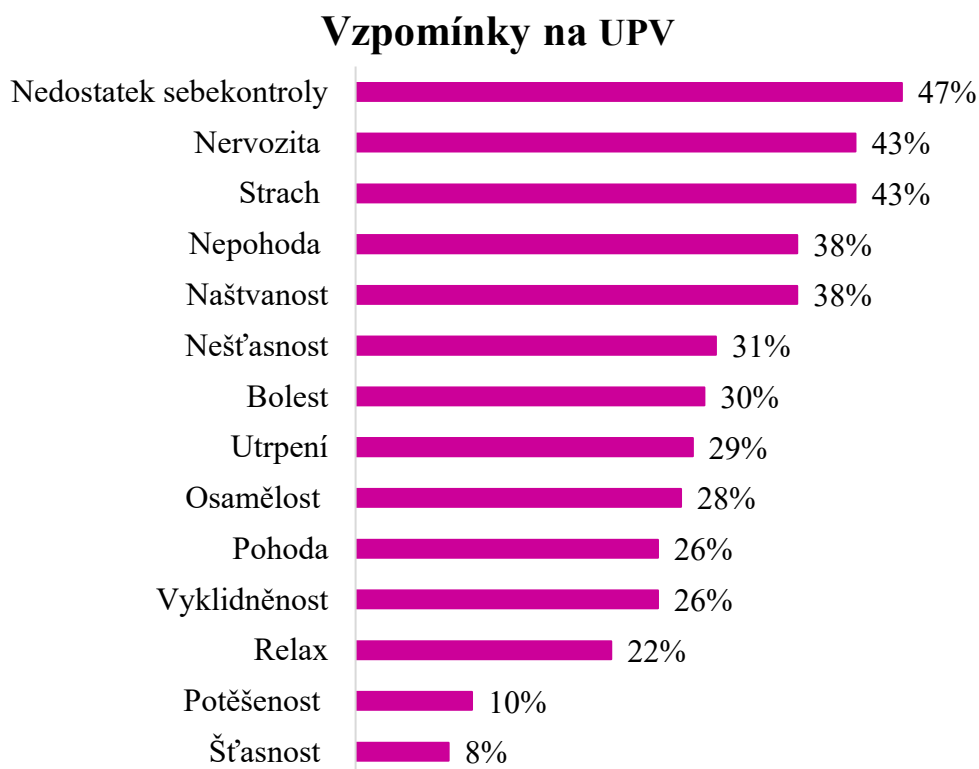
Vyhodnocení 19ti položkové škály

| Položky | Souhlas | Nesouhlas |
|--|---------|-----------|
| 1. Bylo o mě postaráno, tak jak mělo | 85 % | 7 % |
| 2. Dával jsem najevo, co si přeji | 85 % | 13 % |
| 3. Byl jsem rád za překlad z JIP | 83 % | 17 % |
| 4. JIP bylo klidné prostředí | 70 % | 20 % |
| 5. Obdržel jsem srozumitelné informace | 66 % | 29 % |
| 6. Chtěl jsem vědět více o tom, co se stalo | 64 % | 31 % |
| 7. Připadalo mi, že hodně spím | 56 % | 38 % |
| 8. Rozrušovalo mě sledování ostatních pacientů | 55 % | 40 % |
| 9. Nikdy jsem nevěděl, jestli je den nebo noc | 52 % | 43 % |
| 10. Měl jsem na výběr, co se bude dělat | 48 % | 47 % |
| 11. Vzpomínky na intenzivní péči jsou děsivé | 41 % | 53 % |
| 12. Prostor bylo hlučné | 39 % | 56 % |
| 13. Mé vzpomínky jsou rozmazané | 38 % | 58 % |
| 14. Byl jsem vyrušován | 38 % | 58 % |
| 15. Myslel jsem si, že umřu | 37 % | 57 % |
| 16. Poskytování péče mohlo být lepší | 29 % | 65 % |
| 17. Chtěl bych si pamatovat více věcí | 24 % | 74 % |
| 18. Věděl jsem, že musím být na JIP | 22 % | 76 % |
| 19. Nepamatuji si, že bych byl na JIP | 14 % | 83 % |

Vyhodnocení 12ti položkové škály

| Položky | Většinu času | Zřídka | Nikdy |
|--|---------------------|---------------|--------------|
| 1. Rozpoznal jsem rodinu | 89 % | 5 % | 6 % |
| 2. Věděl jsem, kde se nacházím | 85 % | 12 % | 3 % |
| 3. Měl jsem přehled o někom ve své blízkosti | 84 % | 12 % | 4 % |
| 4. Pamatuji si blízkost své rodiny | 80 % | 17 % | 3 % |
| 5. Věděl jsem, co se mi stalo | 77 % | 17 % | 6 % |
| 6. Cítil jsem se bezpečně | 76 % | 15 % | 9 % |
| 7. Měl jsem bolesti | 52 % | 18 % | 30 % |
| 8. Cítil jsem se bezmocně. | 44 % | 32 % | 25 % |
| 9. Cítil jsem se být pod kontrolou | 43 % | 21 % | 36 % |
| 10. Měl jsem strach | 39 % | 17 % | 44 % |
| 11. Neměl jsem špatné sny | 20 % | 11 % | 69 % |
| 12. Viděl jsem divné věci | 11 % | 11 % | 78 % |

Příloha č. 5 – Vzpomínky na UPV



Příloha č. 6 – Vyjádření souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, telefon: 267 162 207, fax: 267 163 158 IČO: 00064173

V Praze dne: 11.11.2020
Vyřizuje: Petra Kučerová

Bc. Nikola Štěpánová
Obor intenzivní péče
3. LF UK

Věc: Vyjádření k žádosti o souhlas se zpracováním diplomové práce

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti ve věci schválení zpracování diplomové práce na téma „Zkušenosti nemocných s intenzivní péčí ve FN Královské Vinohrady, Vám sděluji, že souhlasím za předpokladu



- dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění, včetně souvisejících předpisů;
- že poskytnutá data z FNKV jsou pouze pro účely zpracování dané práce a další prezentace dat může být realizována pouze po předchozím písemném souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče.

S pozdravem

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

Příloha č. 7 – Vyjádření souhlasu etické komise Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

| | |
|---|---|
|  | <p>Etická komise FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY Česká republika <i>Ethics Committee</i> <i>The University Hospital Královské Vinohrady</i> Czech Republic 010 Šrobárova 50, 100 34 Praha 10 ☎ 296 472 232 ✉ eticka.komise@fnkv.cz</p> |
| <hr/> | |
| <p>Vážená paní Bc. Nikola Štěpánová studentka 3.LF UK v Praze</p> | <p>V Praze dne 4. 11. 2020</p> |
| <p>Věc Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FNKV – odpověď</p> | |
| <p>K Vaší žádosti ze dne 19. 10. 2020 ve věci umožnění dotazníkového šetření na Klinice anesteziologie a resuscitace FN Královské Vinohrady pro účely zpracování diplomové práce zabývající se zkušenostmi pacientů s intenzivní péčí Vám sděluji, že Etická komise FNKV vydává souhlasné stanovisko.</p> | |
| <p>Prof. MUDr. Jan Páchl, CSc. předseda EK FNKV</p> <p>MUDr. Martin Herold místopředseda EK FNKV</p> | <p>Podpis předsedy / místopředsedy EK FNKV</p> <p> FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY Šrobárova 50, 100 34 Praha 10 ETICKÁ KOMISE</p> |
| <p>strana 1 (celkem 1)</p> | |

Příloha č. 8 – Informovaný souhlas o účasti ve studii č. 1

**Informovaný souhlas
nemocného s použitím informací pro účely zpracování diplomové
práce studentky 3.LF UK**

Pan/paní.....

souhlasí

s provedením anamnézy¹ studentkou 3.LF UK **Bc. Nikolou Štěpánovou, 2.
ročníku navazujícího magisterského oboru intenzivní péče**

- s použitím diplomové práce pro výukové účely (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)
- s pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro další potřeby výuky (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)

Získané informace budou použity pouze k výukovým účelům a nikterak nenaruší diagnosticko-terapeutický proces nemocného během hospitalizace.

Vdne

.....

Podpis pacienta

.....

Podpis studentky

¹ Anamnézou se rozumí rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.

Příloha č. 9 – Informovaný souhlas o účasti ve studii č. 2

Informovaný souhlas o účasti ve studii

Dobrý den,

Jmenuji se Nikola Štěpánová a v současné době studuji na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy magisterský obor Intenzivní péče. Ve své diplomové práci zpracovávám problematiku na téma: „*Zkušenosti nemocných s intenzivní péčí.*“ Hlavním cílem mé práce je zjistit, jaké zkušenosti mají pacienti s poskytováním ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní péče. Doplnkovým cílem je zjistit, jaké jsou rozdíly ve zkušenostech a prožitcích u pacientů s diagnózou covid-19 a bez ní.

Tímto bych Vás chtěla požádat o zodpovězení mých připravených otázek.

Sdělení Vašich zkušeností by mohlo přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a případně i ke zlepšení přístupu zdravotnického personálu k pacientům v tomto prostředí. Také nám Vaše sdělení pomohou odhalit rozdíly ve zkušenostech a prožívání hospitalizace u covid-19 +/- pacientů.

Účast ve studii je dobrovolná. Účastník z ní může kdykoliv dobrovolně a bez udání důvodu odstoupit. V průběhu studie budou probíhat elektronické nahrávky rozhovorů. Veškeré získané údaje a informace budou zcela anonymní. Vaše odpovědi na otázky budou sloužit výhradně pro výzkumné účely, zejména pro analýzu dat a budou u mne uloženy po dobu 1 roku. Při přepisu Vašich odpovědí budete veden/a pouze pod náhodně přidělenými iniciály nebo přiděleným číslem. Osobní údaje účastníků nebudou zpřístupněny žádným jiným osobám. Účastník svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s účastí ve studii a zároveň souhlasí i s nahrávkou rozhovorů.

V Praze dne

Podpis

Příloha č. 10 – Kritéria pro výběr participantů

Kritéria pro výběr participantů/pacientů

Participantů bez diagnózy covid-19 (4):

Věk 18+

Pacient, co měl zajištěné DC a byl na UPV (na základní dg nezáleží)

Ochota pacienta sdělit své zkušenosti

Hospitalizace na ICU >3 dní

Participantů s diagnózou covid-19 (4):

Věk 18+

Covid-19 diagnóza

Pacient, co měl zajištěné DC a byl na UPV/ high flow

Ochota pacienta sdělit své zkušenosti

Hospitalizace na ICU > 3 dní

Příloha č. 11 – Polostrukturovaný rozhovor

Struktura otázek

1. Představit sebe a diplomovou práci
2. Seznámení participantů s informovaným souhlasem
3. Získání písemného souhlasu
 - *zdůraznit anonymitu*
 - *zdůraznit, že osobní údaje nebudou poskytnuty další osobě*
 - *zdůraznit, že z výzkumu lze kdykoliv bez udání důvodu odejít*
 - *odpovědět na otázky*
4. Odpovídání na připravené otázky
 - *po prvním obdržení odpovědi eventuálně poupravit*
 - *když nebudou vědět, jak byla otázka myšlena, poslouží mu/ji nápověda slov pod otázkou*
 - *v průběhu rozhovoru si výzkumník zapisuje poznámky (prostředí, kde se rozhovor odehrával, chování pacienta, ...), které poslouží pro kontrolu a jako důležitý zdroj informací při přepisování dat*
 - *při přepisu odpovědi bude pacient veden pod náhodně přidělenými iniciály nebo pod přiděleným číslem*
5. Poděkovat za to, že mi věnovali svůj čas a odpověděli mi na mé připravené otázky

Struktura otázek pro pacienty hospitalizované na RES oddělení:

1. Jakou významnou roli pro Vás představuje znalost jmen Vašeho ošetřujícího personálu? Rozeznával(a) jste od sebe lékaře, sestry a sanitáře?
 - *Představení personálu při příchodu za pacientem*
 - *Nošení jmenovek*
2. Jakým způsobem jste si přivolával (a) personál, když nebyl ve Vaší blízkosti?
3. Co jste vnímal (a) negativně a co naopak pozitivně při běžném provozu na oddělení?

- *Např. převazy, činnosti, chování personálu, ...*
- 4. Popište, jak jste se cítil (a) v prostředí ICU. Jak jste vnímal (a) přítomnost sestry ve Vaší blízkosti při pobytu v tomto prostředí?
- 5. Bylo Vám něco nepříjemné v průběhu poskytování ošetrovatelské péče?
O co se jednalo?
 - *Např. komunikace, chování a všímavost personálu, manipulace s pacientem, vysvětlení prováděné činnosti, vnitřní pocity, stud, závislost na druhých, a jiné*
- 6. Vzpomínáte si na to, jaké byly Vaše první pocity a zkušenosti po probuzení na ICU? Vzpomenete si na to, co pro Vás bylo v danou chvíli nejtěžší?
 - *Např. sluchové, čichové, zrakové vjemy, nervozita, strach, bolest, personál*
- 7. Co si myslíte o následných sezení po propuštění z intenzivní péče?
 - *Slouží k objasnění vzpomínek, k vyplnění mezer v paměti, umožňuje vhled do situace, ve které se ocitl(a) i nahlédnout do pokoje*

Struktura otázek navíc pro pacienty s diagnózou covid-19 hospitalizované na RES oddělení:

1. Co se ve Vás odehrávalo, když k Vám přistupovala sestra v ochranném obleku? Jaké pocity to ve Vás vzbuzovalo?
2. Co Vám nejvíce scházelo, když jste byl hospitalizovaný na covidové jednotce?
 - *Např. rodina, sociální kontakty, ...*
3. Jaké byly Vaše reakce, pocity, rozpoložení (na co jste myslel/a), když jste se dozvěděl diagnózu covid-19 a že ležíte na ARO oddělení?